Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

610.5
T397
L53

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

DIE
THERAPEUTISCHEN LEISTUNGEN
DES JAHRES 1902.

Digitized by Google

Digitized by Google

DIE

8610

THERAPEUTISCHEN LEISTUNGEN

DES

JAHRES 1902.

EIN JAHRBUCH FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

BEARBEITET UND HERAUSGEGEBEN

VON

MED. & CHIR. DR. **ARNOLD POLLATSCHEK,**
BRUNNENARZT IN KARLSBAD, KORRESPONDIERENDES MITGLIED DER K. K. GESELLSCHAFT DER ÄRZTE IN WIEN.

XIV. JAHRGANG.

WIESBADEN.
VERLAG VON J. F. BERGMANN.
1903.

Digitized by Google

Nachdruck verboten.
Übersetzungen, auch ins Ungarische, vorbehalten.

Druck der kgl. Universitätsdruckerei von H. Stürtz in Würzburg.

Digitized by Google

Vorrede zum VI. Jahrgange.

Eine übersichtliche Zusammenstellung der im Laufe eines Jahres in der medizinischen Fachliteratur erschienenen, wichtigeren therapeutischen Arbeiten ist zumal gegenwärtig, da „die Medizin unserer Tage im Zeichen der Therapie steht", für jeden Praktiker ein Bedürfnis geworden. Sie macht ihm das Excerpieren entbehrlich, enthebt ihn von den lästigen, für eine präzise Anwendung der therapeutischen Vorschläge sonst notwendigen Nachschlagen in den verschiedenen Zeitschriften und gewährt ihm einen leichteren und kritischen Überblick über den therapeutischen Fortschritt.

Ein derartiges Buch soll aber die eingehende Lektüre der periodischen Fachblätter oder anderer literarischen Novitäten weder ersetzen noch überflüssig machen. Denn ebenso wie die Therapie nur durch eine emsige Bearbeitung der gesamten Medizin und ihrer Hilfswissenschaften gefördert wird, ist das therapeutische Wissen und Können des Arztes die reife Frucht, welche nur durch die genaue Kenntnis der übrigen medizinischen Disziplinen gezeitigt wird.

Von dieser Erkenntnis war ich erfüllt, als ich an die Bearbeitung dieses Jahresberichtes herantrat, und dieser Überzeugung möchte ich neuerdings Ausdruck geben, da derselbe mit dem vorliegenden Bande in sein zweites Lustrum eintritt.

Meine Wintermusse, welche mir als ausübendem Arzte in einem Kurorte in reicherem Masse gegönnt ist, als den meisten meiner Berufsgenossen, dazu verwendend, habe ich auch diesmal aus der im abgelaufenen Jahre erschienenen Literatur das für das therapeutische Wirken des Praktikers Notwendige möglichst getreu wiedergegeben, wobei ich mich mit Vorliebe an die Referate hervorragender Kräfte anlehnte und die aus den Werkstätten anerkannter Meister hervorgekommenen Produkte besonders bevorzugte.

172096 Digitized by Google

Der pharmakologische Teil, die interne Therapie, Geburtshilfe, Dermatotherapie, die kleine und der leichtere Teil der operativen Chirurgie wurden möglichst gründlich bearbeitet, das Übrige aus der Chirurgie, Gynäkologie, Augen-, Ohren-, Kehlkopf- und Nasenheilkunde etc. ist insoweit erörtert, als es mir für die allgemeine Praxis oder zum Verständnisse der spezialistischen Leistungen, denen der praktische Arzt nicht allzu fern stehen darf, erforderlich erschien und auch den wichtigen Resultaten bakteriologischer Forschungen ist insoferne Rechnung getragen, als sie die Prophylaxis der Krankheiten stützen oder auch schon die moderne Therapie selbst beinflussen.

Karlsbad im Frühlinge des Jahres 1895.

Der Verfasser.

Vorwort zum XIV. Jahrgange.

Mit diesem Bande tritt mein Jahrbuch in das vierzehnte Jahr seines Bestehens ein. Mein Programm und seine Ausführung sind unverändert geblieben. Dagegen hat die allgemeine Richtung in der Therapie im Laufe dieser Zeit manche Änderung erfahren und habe ich mich bemüht, wie in den vorigen, so auch in dem vorliegenden Bande der „Therapeutischen Leistungen" jedem Fortschritte in sorgfältiger Weise Rechnung zu tragen.

Karsbad im Frühlinge des Jahres 1903.

Der Verfasser.

Digitized by Google

Inhalts-Verzeichnis.

	Seite
Adnexerkrankungen	1
Agurin	2— 3
Aktinomykose	3
Albuminurie	3— 4
Alkohol und Alkoholismus	4— 5
Alopecia areata	5
Amputationen	5
Anämie und Chlorose	5— 6
Anästhesin	6— 8
Aneurysmen	8 9
Angina pectoris	9—10
Antiarin	10
Antipyrese	10—11
Antiseptik, Aseptik und Desinfektion	11—18
Apomorphin	18
Appendicitis	18—28
Arsen und Arsenverbindungen	29—32
Arteriosklerose	32—33
Aspirin	33—34
Asthma bronchiale	34—35
Asthma dyspepticum	35
Autointoxikation	35
Balneo-, Hydro- und Klimatotherapie	36—43
Beckenaffektionen	44—45
Beri-Beri	45
Bismutose	45—46
Blasensteine	46—47
Blenorrhoea neonatorum	47
Blutstillung	47
Bromokoll	53
Bronchialerkrankungen	53
Bubo inguinalis	53
Bulbusoperationen	54
Cactus grandiflorus	54—55

Digitized by Google

	Seite
Cascarine	55
Cataracta	55— 56
Chielin	56
Chinin und Chininpräparate	56— 58
Chorea	58
Conjunctivitis	58
Cretinismus	58— 59
Cystitis	59— 60
Darmkrankheiten	60— 67
Diabetes mellitus	67— 75
Digitalis	75— 77
Dionin	77— 78
Diphtheritis und Croup	78— 80
Dupuytrensche Fingerkontraktur	80
Dysmenorrhoe	80— 81
Eisenpräparate	81— 82
Ekzem	82— 83
Elektrizität	83— 85
Empyem	85— 87
Endometritis	87
Enteroptose	87— 89
Enuresis	89
Epikarin	89
Epilepsie	89— 91
Erfrierung	91— 92
Erkältung	92— 93
Ernährungstherapie und Diätetik	93—105
Erysipel	105—106
Eubiose	106
Fango	106—107
Favus	107
Fettleibigkeit	107—109
Fissura ani	109—110
Foetor ex ore	110
Formin	110
Frakturen	111—113
Fremdkörper	113 - 115
Furunkel	115—116
Gallenleiden	116—123
Gallogen	123—124
Geburtshilfe	124—142
Gehirn-, Schädel- und Rückenmarkschirurgie	142—145
Gelbes Fieber	145
Gelenkerkrankungen	145
Gicht und harnsaure Diathese	145—148
Glaukom	149—150
Glykosal	150
Gonorrhöe	150—156

Digitized by Google

	Seite
Greisenalter	156
Hämorrhoiden	157
Hedonal	157—158
Hefe	158—159
Helminthen	159—160
Helmitol	160
Hernien	160—161
Heroin	161—162
Herzkrankheiten	162—167
Herzwunden	167
Heufieber	167—168
Hydrocele	168—169
Hydrocephalus	169
Hydrops	169
Hypnopyrin	169
Ichthyolpräparate	170
Immunität, Immunisierung und Serumtherapie	171—175
Impotenz	175—176
Infektionen	176—177
Influenza	177
Inhalationen	177—178
Intoxikationen	178—180
Jod und Jodpräparate	180—182
Ipecacuanha	182—183
Juckausschlag der Kinder	183
Kehlkopfkrankheiten	184
Keratitis	184—185
Keuchhusten	185—186
Klumpfuss	186—187
Kochsalzinfusionen	187
Kokain	187—188
Krankenpflege	188—190
Lähmungen	190—191
Leberkrankheiten	191—194
Lepra	194—195
Leukämie	195—196
Leukoplakia bucco-lingualis	196
Lichttherapie und Röntgenstrahlen	196—200
Lungenchirurgie	200—202
Lupus	202—203
Luxationen	203—205
Magen-, Darm- und Peritoneal-Chirurgie	205—213
Magenkrankheiten	213—226
Malaria	226—228
Mechanotherapie	228—231
Meningitis	231
Mesotan	231—232
Milzbrand	232—233

Digitized by Google

	Seite
Morbus Addisoni	233—234
Morbus Bantii	234—235
Morbus Barlowi	235—236
Morbus Basedowii	236—237
Morbus Mortoni	238
Morphinismus	238—239
Mundpflege	239—240
Nagelentfernung	240
Narkose und Anästhesierung	240—247
Neoplasmen	247—255
Nervenkrankheiten	255—259
Nierenchirurgie	259—262
Nierenkrankheiten	262—265
Ösophaguskrankheiten	265—267
Ohrenkrankheiten	267—269
Organotherapie	269—274
Osteomalacie	274
Oxalurie	274
Pankreaskrankheiten	274—275
Paraffininjektionen	275—276
Pericarditis	276—277
Peritonitis	277—278
Pest	278—279
Pharynxerkrankungen	279—280
Phimosis	280—281
Plattfuss	281
Pleuraerkrankungen	281—282
Pneumonie	282—284
Prostatahypertrophie	284—286
Pruritus	286—287
Psychosen	287—289
Purgatin	289
Purgen (Purgo)	289—290
Puro	290
Quecksilber	290—291
Radfahren	291—292
Rhachitis	292—293
Rheumatin	293
Rheumatismus	293—295
Rhinotherapie	295—297
Sauerstofftherapie	298—299
Scarlatina	299—301
Schlaflosigkeit	301
Schweissfuss	302
Sehschwäche	302
Silberpräparate	302—303
Skoliose	303—304
Stauungshyperämie	304

Digitized by Google

	Seite
Stokes-Adamssche Krankheit	304—305
Strabismus	305
Struma	305
Syphilis	305—310
Tabes dorsalis	310—311
Tannochrom	311
Tetanus	311—312
Theocin	312
Therapeutische Methoden	312—314
Thigenol	315
Trachom	315—316
Tubenerkrankung	316
Tuberkulose	316—330
Typhus	330—333
Ulcus cruris	334
Ulmarin	334
Uropurin	334—335
Uterusdeviationen	335—337
Valyl	337
Vasogene	337—338
Venenthrombose	338
Verbände	338
Verbrennungen	338—339
Verletzungen	339—342
Vioform	342
Wanderniere	342
Wasserstoffsuperoxyd	342—343
Wärmebehandlung	343—344
Wundbehandlung	344—346
Xeroform	346
Zahnkrankheiten	346—348

Digitized by Google

Autoren-Verzeichnis.

A.

Abadie 236.
Abel 137.
Abeles 295.
Adamson 207.
Adler 320.
Agéron 216.
Albarran 286.
Albers-Schönberg 199.
Albert 159.
Alexander 229.
Allbutt 224.
Alsberg 79.
Anton 187.
Arbuthnot Lanes 111.
Arloing 317.
Arlt v. 315.
Aronson 174.
Aufrecht 89.
Avellis 256.
Axenfeld 345.

B.

Backmann 60.
Baginsky 278, 299.
Balacescu 236.
Bandelier 320.
Banks 224.
Bárány 74.
Barbiani 95.
Bard 281.
Bardet 334.
Bardswell 224, 324.
Barker 95.
Barr 234.
Bartel 101.
Bartelt 32.
Barthélemy 308.
Bass 82.
Bauer 53.
Baum 95.
Baumgarten v. 318.
Baumgärtner 240.
Bayer 79.
Bäumler 20, 331.
Beck 261, 290, 305.
Beck v. 211.
Beckmann 279.
Behring v. 319.
Benario 153.
Bendix 67.
Benedict 273.
Beniasch 11.
Berger 176, 241.
Bergmann 179.
Bergmann v. 8, 80, 341.
Bernheim 321.
Bernstein 337.
Besiedka 170.
Bettmann 194.
Beyer 302.
Bezold 267.
Bialobschesky 5.
Bidder 116.
Bié 196.
Bier 111, 304.
Bilik 101.
Binet 325.
Birt 8.
Blaschko 152.
Bloch 295.
Bloete 321.
Blos 246.
Blum 316.
Blumberg 14.
Blumenthal 237, 253.
Boas 117, 222.
Bock 303.
Bockhardt 196.
Bohdanowicz 328.
Bois du 158.
Bókay v. 144.
Bokenham 224.
Bolle 235.
Bolognes 31.
Bolognesi 169.
Borchard 305.
Bordier 256.
Borini 160.
Bossi 248.
Bouchacourt 273.
Braatz 161.
Bramwell 276.
Brat 99.
Brauer 161.
Brenner 207.
Brentano 218.
Bresgen 110.
Breuer 9, 237.
Brieger 257.
Brindel 296.

Digitized by Google

Broca 24.
Brockaert 275.
Brouardel 241.
Brown 6.
Browne 285.
Brunner 212.
Bruns 49, 340.
Brunton 23, 56.
Brüning 104.
Bumcke 301.
Bunge v. 96, 193.
Burghart 237.
Burnet 22.
Burnett 269.
Burney Yeo 108.
Büngner v. 328.

C.

Cacchiole 185.
Cahn 115.
Cantlie 279.
Caro 101.
Carrière 292.
Casper 155, 259.
Cattle 317.
Cedercreutz 53.
Chapman 324.
Chassel 65.
Chevalier 334.
Chiari 272.
Cholmegorow 125.
Chrobak 135.
Citron 169.
Claude 325.
Clemm 117.
Clerc le 154.
Clubbe 209.
Cohn 302.
Cohnheim 93, 222.
Coley 169.
Collon 236.
Combemale 162.
Comby 58, 327.
Conradi 172.
Coombie 331.
Coudray 303.
Couvesse 192.
Credé 302.
Criegern v. 163, 179.
Crombie 224.
Cronheim 100.
Curschmann 48.
Czerny 23, 66, 120, 206

D.

Dagron 111.
Danielsohn 14.
Danilow 197.
Danlos 31.
Darier 78, 246.
Darkschewitsch 311.
Davis 141, 305.
Delherm 84.
Desfosses 244.
Determann 40.
Deutschländer 303.
Dhomont 102.
Dieninger 217.
Djatschenko 64.
Dobbentin 267.
Dohrn 326.
Dollinger 112, 202, 204.
Dona 243.
Donáth 255.
Doran 137.
Dorendorf 179.
Douglas 296.
Doyen 248, 277.
Drasche 81.
Dreesmann 205.
Dreser 57.
Dreyer 179.
Dubrisay 103.
Dufourt 118.
Dumont 245.
Dunker 6.
Dupuy 202.
Dührssen 130, 134.
Düring v. 307.
Dützmann 344.

E.

Eberhart 140, 274.
Ebstein 147.
Edebohls 260, 337.
Edgren 263.
Ehrcke 90.
Ehret 116.
Ehrhardt 254.
Ehrich 157.
Ehrlich 118, 173.
Ehrmann 35.
Eichhorst 43, 71.
Einhorn 35, 76, 220, 306.
Eiselsberg v. 5, 210, 211.
Eisenberg 174.
Elischer 162.
Elsner 15.
Emmerich 178, 238.
Engelbrecht 123.
Engels 13, 281.
Englisch 168.
Ephraim 81.
Erisman 96.
Eulenburg 176.
Everke 128.
Ewald 77, 214.

F.

Faber 60.
Farkas 280.
Fehling 138, 336.
Feibes 181.
Feinberg 248.
Fellner 81, 85.
Ferguson 227.
Fermi 96.
Feuerstein 178.
Fevrier 233.
Fink 120.
Finkelstein 328.
Fisch 164.
Fischer 87, 306.
Fittipaldi 72.
Flatau 99.
Fleiner 5, 215.
Fliess 80.
Flockmann 1.
Floret 232.
Flügge 11, 318.
Focke 76.
Foges 140.
Fontan 167.
Fornari 66.

Digitized by Google

Forné 127.
Fournier 308.
Frank 193, 230.
Franke 87, 194, 281.
Frankl 77.
Franz 320.
Fränkel 76, 231, 276.
Frenkel 311.
Freudenberg 235, 284.
Freudenthal 296, 322.
Freund 128, 198.
Frick 4.
Friedjung 101.
Friedberger 174.
Friedländer 43, 312.
Friedrich 112, 145, 277.
Frieser 82, 148, 186, 311, 325.
Frisch v. 46, 272.
Fritsch 157.
Frucht 104.
Fuchs 81, 187, 332.
Fürbringer 13, 231, 282.
Fürst 290.
Fürth v. 273.

G.

Gallet 25.
Gallois 61, 343.
Ganghofner 79, 264.
Garré 200, 201.
Gaspero di 187, 312.
Gassner 33.
Gaucher 307.
Gaudier 268.
Gautier 30.
Gärtner 298.
Geiringer 139.
Gemelli 330.
Gendre le 31.
Gerber 154.
Gerhardt 108, 179.
Gersuny 105, 115, 240.
Gertler 16.
Gerwin 4, 295.
Gessner 139.
Gidionsen 323.
Glass 298.
Glax 43.
Gluzinski 250.
Glückmann 116.
Goebel 237.
Gokieloff 82.
Goldberg 153.
Goldmann 159, 338.
Goldscheider 43, 229, 314.
Goldstein 341.
Goldzieher 315.
Goodbody 324.
Gortaloff 316.
Gottlieb 75.
Gouvea de 145.
Görges 76.
Götzl 59.
Graefe 136.
Grandin 138.
Green 272.
Grenshaw 224.
Gross 343.
Grósz 299.
Grotheim 238.
Grumme 302.
Grünfeld 16, 59.
Gubarew 1, 140.
Guillery 342.
Guinard 245.
Gunson 203.
Gussenbauer 109, 143.
Guttmann 170.

H.

Haab 54, 149.
Haase 303.
Haasler 210.
Hacker v. 113.
Hahn 124, 144.
Hajek 297.
Halle 280.
Halpern 8.
Hamburger 130.
Hamm 268.
Hammelbacher 48.
Hammer 194.
Hare 63.
Haring 184.
Harper 325.
Hasenfeld 180.
Haug 269.
Hauser 104.
Havas 290.
Hecker 38.
Heddäus 309.
Hedinger 173.
Heilbronn 129.
Heile 11.
Heim 185, 283.
Heimann 79.
Helbich 162.
Helferich 193.
Heller 112, 318.
Henkel 135.
Hense 252.
Herczel v. 209.
Herff v. 225.
Hermann 131.
Hess 14.
Hesse 50, 101.
Hevesi 345.
Heymann 56.
Hildebrandt 339.
Hiller 43.
Hippel v. 340.
Hippius 101.
Hirsch 48.
Hirschberg 34.
Hirschfeld 97.
Hirtz 233.
His 146.
Hoche 89.
Hochenegg v. 251.
Hock 59.
Hoffa 190.
Hoffmann 63, 143, 163, 239.
Hofmeier 129, 135.
Hofmeister 229.
Holländer 203, 274.
Holowko 189.
Holtschmidt 49.
Honigmann 64.
Honsell 5, 343.
Hoor 149.
Hoppe 90.
Hornung 84.
Houston 332.
Hoxie 340.
Hölscher 258.

Digitized by Google

Hönigschmied 53.
Hösslin v. 289.
Huber 148.
Huchard 241.
Huismans 270.
Humpboy 227.
Hurier 162.
Hymmen v. 181.

I u. J.

Jacob 188, 231, 314, 318.
Jacobi 6, 153.
Jacobsohn 74.
Jacobsthal 8.
Jadassohn 306.
Jaffé 261.
Jaksch v. 89.
Jakub 130.
Janssen 80.
Jaquet 304, 315.
Jaworski 118.
Ide 42.
Jenkins 347.
Jerusalem 105.
Jesionek 29.
Jessen 321.
Igl 333.
Ihm 131.
Immerwohl 169.
Joachimsthal 204.
Jodlbauer 30.
Jolles 101.
Jonas 297.
Jonescu 143, 336.
Jong de 317.
Jordan 85, 181.
Joris 296.
Joseph 53, 160.
Israel 86, 259.
Ito 193.
Jung 1.

K.

Kahane 256.
Kahlden v. 249.
Kaiser 134.
Karewski 19, 275.
Kassowitz 4.
Katzenstein 323.
Kaufmann 52, 263.
Kaupe 207.
Kausch 75, 235, 278.
Keetley 250.
Kehr 119, 123.
Kehrer 44.
Keiler 125.
Keller 39.
Kellog 294.
Kernig 332.
Kétly v. 2.
Kikuth 41.
Killian 114.
Kipp 58.
Kirch 178.
Kisch 165.
Kissel 23.
Klemperer 163, 166, 265, 274, 337.
Kloppstock 158.
Kluk-Kluczyczki 55.
Knapp 134.
Kneise 140.
Kobert 182.
Koblauch 240, 336.
Koch 28, 316.
Kocher 236.
Kolisch 71.
Kolozsváry v. 57.
Korányi v. 289, 298.
Korff 245.
Kossmann 128.
Koster 329.
Kouindjy 257.
Kovács 298.
Kozlowski 245.
König 12, 122, 327.
Königstein 44, 47.
Köppen 326.
Körner 267.
Körte 121.
Kötschau 133.
Kraus 118, 174.
Krause 49, 142, 323.
Krämer 330.
Krebs 36, 197.
Kreibich 3.
Kretz 192.
Krone 323.
Kronfeld 17, 152.
Kronheim 82.
Krönig 14, 125, 188, 231.
Krönlein 250, 260.
Krug 49.
Krukenberg 105.
Krumbein 279.
Kuhn 226.
Kumpf 88.
Kunst 227.
Kurpjurreit 201.
Kuttner 98, 130, 187.
Kühn 273.
Kümmell 193, 205.
Künkler 45.
Küster 257.
Küttner 242.
Küttner v. 344.

L.

Laband 67.
Labhard 252.
Ladyschenski 331.
Lafay 308.
Landau 254.
Landerer 47, 201.
Lange 191.
Langstein 102.
Lanz 53, 160.
Laquer 36, 257, 301.
Laquerrière 84.
Lassar 32, 91, 203.
Latzko 126.
Lauder-Brunton 32, 108.
Lauenstein 12.
Lawroff 325.
Lazarus 229.
Lebbin 106.
Ledermann 53, 150, 158, 309.
Leduc 83.
Leftwich 190.
Lehmann 34, 94, 273.
Lengemann 7.
Lenhartz 2, 201, 217, 276.
Leniewitsch 51.
Lemander 261.
Lenné 71.
Lennloff 130.

Digitized by Google

Leo 287.
Leopold 47, 134, 138.
Lepa 296.
Leredde 307.
Leroux 148.
Lesser 151, 309.
Leube v. 3, 195.
Levy 49.
Lévy-Bing 308.
Lewaschoff 192.
Lewinsohn 165.
Lewitt 47.
Lexer 176.
Leyden v. 51, 99, 148, 198, 230, 247, 253, 282, 284, 293, 298, 299.
Lichtenstein 148.
Lichtwitz 203.
Liebermeister 43.
Liebreich 82, 177.
Lindner 18, 39, 81.
Linossié 221.
Lion 90.
Lissauer 45.
Litten 2.
Loebel 165.
Loewe 239.
Loewi 93.
Loewy 43.
Logucki 326.
Lohnstein 153.
Lorand 73.
Lord 191.
Losinski 42.
Löwenfeld 258.
Löwenthal 36.
Lucas-Championnière 327.
Luethje 107.
Luff 108.
Lydston 308.

M.

Machol 206.
Machtzum 294.
Magnus 75.
Manasse 45.
Manicatide 186.
Marcuse 69, 147, 155, 197.
Margoniner 48.
Mariani 138.
Marinescu 257.
Markheim 155.
Markl 331.
Marschalko 154.
Martinet 30, 56.
Martius 273.
Marx 57.
Matzner v. 82.
Maurans de 78.
Mayer 36, 225.
Meisels 148.
Meissner 189.
Mende 127.
Mendel 30, 55, 149, 287, 292.
Menzer 293.
Merck 120.
Mering v. 94, 95, 104, 217, 325.
Merkel 34.
Mesnil du 331.
Metschnikoff 23.
Metzlaar 103.
Metzner 199.
Meyer 23, 174, 293.
Meyerhoffer 37.
Michaelis 2.
Michels 309.
Miclescu 46.
Mikulicz v. 7, 11, 160, 244, 251.
Miltenberger 347.
Minet 59.
Minin 197.
Minkowski 217, 312.
Mintz 218.
Mircoli 319.
Miura 45.
Mohr 179, 263.
Monrad 65.
Monterode 227.
Morgenroth 173.
Morris 342.
Mory 107.
Moser 299.
Mossé 74.
Moullin 285.
Mouneyrat 31.
Moynihans 208.
Möbius 237.
Möller 308, 316.
Munk 286.
Munter 310, 322.
Müller 27, 36, 83, 100, 157, 303, 311, 338.
Mya 185.

N.

Naumann 301.
Naunyn 58, 68, 314.
Nägelsbach 321.
Nehrkorn 211.
Neisser 311.
Nejelow 131.
Nenadowicz 39.
Netter 78.
Neubeck 308.
Neugebauer 245.
Neumann 84, 197, 235, 271.
Neusser 33.
Nicoladoni 281.
Nieberding 336.
Niedner 51.
Njemtschenkow 316.
Nocard 317.
Noorden v. 7, 71, 74, 179, 264.
Norgren 66.
Norway 332.
Nothnagel 20, 42, 313.
Nölker 111.

O.

Ochsner 22.
Oettingen v. 186.
Offer 72.
Oloff 85.
Olshausen 254.
Omi 193.
Orgler 136.
Orlipski 280, 307.
Orth 317.
Ostermeier 64.
Ostertag 189.
Ostroumoff 162.

Digitized by Google

Ott 96, 132.
Oudin 198.
Overbach 293.

P.

Paine 293.
Pál 64, 181, 281.
Paltauf 331.
Panas 241.
Pannwitz 318.
Pontschenko 90.
Pape 135.
Pariser 218.
Paschkis 158.
Pelnar 347.
Pels-Leusden 114
Perthes 115.
Perutz 5.
Petersen 206, 249.
Petruschky 331.
Pezzolini 271.
Pfannenstiel 132.
Pfeiffenberger 346.
Pfeiffer 174.
Pfuhl 14.
Pick 43, 219, 228.
Pincus 44.
Pischingen 48.
Plönies 213.
Podwyssozki 98.
Poehl v. 35, 269.
Polacco 330.
Polano 343.
Polenske 100.
Poliewktow 300.
Pollatschek 71.
Ponfick 126.
Popoff 316.
Porosz 153.
Port jun. 327.
Posselt 29.
Poynton 293.
Pribram 234.
Purjesz 57, 226.

Q.

Quincke 200.

R.

Rabow 18, 228.
Radzich 271.
Rapp 158.
Rasumowski 46.
Raymond 257.
Reach 95.
Reynault 227.
Regnier 247.
Rehn 211.
Reich 90.
Reichmann 202.
Reiffenscheid 126.
Rem-Picci 37.
Renvers 156.
Renzi de 72, 147, 324.
Reye 2.
Ribbert 67, 175, 318.
Richter 180.
Rieck 132.
Riedel 24, 242.
Rieder 198.
Riedinger 112.
Riegel 34.
Riegner 200.
Ringel 209.
Rinne 26.
Ritter 293.
Robin 258, 262, 325.
Robson 122.
Rode 272.
Rodier 347.
Rogovin 298.
Rohden 148.
Rohmer 149.
Roloff 203.
Rosenbach 9, 79, 92, 223.
Rosenbaum 106.
Rosenberg 255, 272.
Rosenfeld 62, 93, 99.
Rosenheim 110, 265.
Rosenstein 263.
Rosenthal 77, 160.
Rosin 67, 274.
Roth 344.
Rothe 160.
Römer 184.
Römisch 320.
Ruata 318.
Rubner 42, 107.
Rudolph 28, 320.
Ruge 228.
Ruhemann 232.
Runge 47.
Russel 324.
Russovici 309.
Rümke 10.
Rybakow 288.
Rydygier 208, 285.

S.

Saalfeld 154.
Saenger 53, 143.
Sahli 217.
Salgo 287.
Salomon 63, 274.
Salus 59.
Salvioli 271.
Salzwedel 413.
Satterwhite 169.
Saugmann 319.
Schanz 303.
Schauta 129, 252.
Schächter 314.
Schäfer 100.
Schäffer 12.
Scheib 135.
Schenk 131.
Scherbatscheff 243.
Scherer 77.
Schiassi 235.
Schicklberger 15.
Schild 32.
Schiller 23.
Schirmer 341.
Schlechtendahl 247.
Schlesinger 67, 275.
Schloffer 207.
Schmidt 60, 213, 219.
Schmieden 342.
Schmiedicke 49.
Schmitt 208.
Schnyder 183.
Scholtz 151.
Scholz 23, 58.
Schott 108.
Schottelius 94.
Schrade 233.
Schreiber 39.
Schrohe 189.

Digitized by Google

Schröder 41.
Schuler v. 332.
Schultze 64.
Schuster 192.
Schürmayer 99.
Schüssler 207.
Schütz 61.
Schütze 36, 330.
Schwalbe 188.
Schwarz 245.
Sclavo 328.
Sears 191.
Seligmann 286.
Sellei 180, 280.
Sellheim 328.
Semon 136.
Senator 50, 67, 77, 231, 259, 262, 265, 278.
Sendler 28.
Sevestre 78.
Sherman 167.
Sicherer v. 58.
Siecke 300.
Sigrist 40.
Silber 106.
Silberstein 258.
Singer 34, 63.
Sittmann 224.
Slek 208.
Smith 163.
Sneguireff 52.
Sobernheim 232.
Sobotta 159.
Sohlern v. 62.
Sohn 299.
Sommerfeld 182.
Sonnenburg 25, 28.
Soupault 61.
Sourd le 231.
Sperling 182.
Spiegel 266.
Spiess 7, 296.
Spitzer 152, 203.
Sprengel 24.
Springer 264.
Ssolowyen 107.
Staberias 199.
Stadelmann 106, 217.
Stein 275.
Steinbüchel v. 246.
Steinschneider 344.
Steinthal 319.
Stekel 177.
Stenström 101.
Stern 16.
Sternberg 15, 296.
Sticker 322.
Stiller 87.
Stockmann 59.
Stolz 116.
Stransky 40.
Strassburger 64.
Strasser 43, 73, 91.
Strassmann 131.
Straub 315.
Strauss 93, 146, 162, 214, 220, 262.
Sträter 189.
Strübing 109.
Strümpell v. 264.
Stumme 244.
Stursberg 47, 185.
Subkow 145.
Suchannek 110.
Sudeck 241.
Sultan 200.
Szabó 346.
Szabóky 89.
Syrkin 233.

T.

Takamine 272.
Tallquist 93.
Tansini 235.
Tantzscher 341.
Tauszk 2, 57.
Tavel 279, 287.
Teleky 266.
Tendlau 157.
Terni 278.
Thaussig 181.
Thiem 343.
Thieme 48.
Thoenes 326.
Thomas 166.
Thompson 97.
Thost 167.
Tichow 46.
Tikanadse 312.
Tobeitz 300.
Tomaselli 237.
Topolanski 275.
Tóth 153.
Tóvölgyi 326.
Trendelenburg 138.
Treves 8, 26.
Tritschler 274.
Trütschel 11.
Trzebicky 114.
Tschetschott 40.
Tschuschner 50.
Tuffier 245.
Turck 11.
Turner 266.

U.

Ulmann 38, 344.
Ullrich 311.
Unger 292.
Unna 170, 194, 253.
Unterberg 289.

V.

Vaerst 232.
Várady v. 255.
Vas 271.
Veir 326.
Veit 133, 243, 251.
Verhoogen 239.
Vernay 256.
Vigenaud 31.
Vogel 212.
Vogl v. 300.
Volland 321.

W.

Waeber 223.
Wagner 137.
Walkhoff 346.
Walko 89, 221.
Wallis 52.
Wanach 344.
Wassermann 78.
Weber 43, 204.
Weichardt 171.

Digitized by Google

Weil 84.
Weismayr v. 326.
Weiss 32.
Weisz 294.
Welander 181.
Weljaminow 198.
Wendelstadt 174.
Wenhardt 289.
Wenkebach 166.
Wenzel 11, 280, 334.
Werler 291, 334.
Wernicke 322.
Wernitz 139.
Werschinin 8.
Wertheim 251.
Wertheim-Salomonson 83.
Wesener 330.
Wette 27.
Wheeler 180.
White 214.
Widal 231.
Wielsch 33.
Wiener 127.
Wiesinger 251.
Wieting 113.
Wilde 173.
Wilms 194, 261, 338.
Winkler 308.
Winternitz 37, 43, 114, 283, 322, 325, 335.
Witzel 241.
Wolbarst 151.
Wolff 77.
Worobjew 34, 162.
Woroschilsky 332.
Wölfler 207.
Wutzdorff 249.
Wülfling 338.
Würth 228.

Z.

Zabludowski 175.
Zaky 325.
Zappert 183.
Zdekauer 79.
Zelenski 54.
Zeuner 334.
Ziemssen v. 162.
Zirm 184.
Zuelzer 34.
Zuntz 100, 291.
Zupnik 49.
Zuppinger 48.
Zweifel 128.
Zwillinger 297.

Digitized by Google

Sach-Register.

A.

Abhärtung der Kinder 38.
Abortus 123.
Abortivbehandlung der Gonorrhöe 152.
Acetonurie 72.
Adipositas dolorosa 109.
— und Meliturie 74.
Adnexerkrankungen, entzündliche 1.
— Injektionstherapie der 1.
Adrenalin, hämostatische Wirkung des 272.
Äthernarkose 241.
Agglutinationskraft des Blutes 11.
Agurin, ein Diuretikum 2.
— — Antistenokardiakum 2.
Airolpaste 344.
Akoin in der Ophthalmologie 246.
Aktinomykose, behandelt mit Jodipin 3.
Albargin bei Gonorrhöe 153.
Alboferin 81.
Albuminurie, physiologische 3.
— Differentialdiagnose der 3.
— nach kalten Bädern 37.
Albuminuriker, Regime der 262.
Aleopecia areata, Arsen und Phosphor bei 5.
Alkohol, Nährwert des 4.
— und Eiweissstoffwechsel 96.
— bei Fiebernden 4.
— zur Händedesinfektion 12.
Alkoholverbände 4.
Amputation mit Erhaltung des Periosts 5.
Anämie gastrointestinalen Ursprungs 5.
Anästhesin in der Wundbehandlung 7.
— bei Keuchhusten und Schnupfen 7.
— — Hyperästhesie des Magens 7.
Anästhesierung 240.
Anchloroformieren 242.
Anchylostomiasis 159.
Aneurysma arterio-venosum 8.
Aneurysmen, Gelatineinjektionen bei 8.
— operative Behandlung des 8.
— nach Schusswunden 8.
Angina pectoris, Diuretin bei 9.
— scarlatinosa 300.
Anteflexio uteri 336.
Antiarin, ein Pfeilgift 10.
Antiseptik 11.
Antistreptokokkenserum 174.
Antitussin bei Keuchhusten 186.
Antisputol, ein Spucknapfpulver 16.
Apomorphin, narkotische Wirkung des 18.
Appendicitis, Peritonitis nach 19, 28.
— interne Behandlung der 20.
— Indikation zur Operation bei 20.
— Terpentinumschläge bei 22.
— Enthaltung von Nahrung bei 22.
— Natrium salicyl. und Belladonna bei 23.
— Abführmittel bei 23.
— Helminthiasis und 23.
— frühzeitige Operation bei 24.
— Einteilung der 24.
— Formen der 27.
— Lungenkomplikationen bei 28.
Area Celsi 5.
Aristochin bei Keuchhusten 185.
Arrhenal gegen Malaria 30.
— bei Lungentuberkulose 31.
— gegen Psoriasis 31.
Arsenhämol 32.

Digitized by Google

Arseninjektionen bei Dermatosen 29.
Arsenik-Phosphorverbindung 31.
Arsenvalisation bei Zahnextraktion 247.
Arterienspannung, Kaliumnitrat bei 32.
Arteriosklerose bei jungen Individuen 32.
— Jodwirkung bei 33.
Arthritiker, Ernährung der 147.
Arthritis gonorrhoica 155.
Asbest, Krankenmöbel aus 17.
Aseptik 11.
Aspirin bei Rheumatismus 33.
— — Pleuritis sicca 34.
— — Dysmenorrhoe 34.
— ein Cholagogum 34.
— Nebenerscheinungen bei 34.
Asthma bronchiale, Atropin bei 34.
— dyspeptikum 35.
Ataxie, Übungsapparate bei 311.
Atmungsgymnastik bei Obstipation 63.
Atoxyl bei Dermatosen 32.
Atropin, Darmwirkung des 64.
— bei Ileus 64.
Atropinvergiftung 178.
Augapfelverletzungen 341.
Autointoxikation 35.
Autolyse 172.

B.

Bahnungstherapie 229.
Bakteriohämagglutinine 174.
Balneotherapie 36.
— nervöser Herzkrankheiten 165.
Bandwurmmittel 159.
Barbierstuben, Hygiene der 17.
Bauchschnitte, Allgemeines über 205.
Bauchwunden, Behandlung perforierender 341.
Bäder, Einfluss auf den Blutdruck 36.
— — — — Gaswechsel 37.
Beckenaffektionen, Heissluftapparat bei 44.
Beckeneiterung, operative Behandlung der 1.
Beinlähmung, hemiplegische 229.
Belastungslagerung 44.
Beleuchtungslampe, flexible 189.
Belladonna bei Appendicitis 23.
Benzinvergiftung 179.
Beri-Beri, Aderlass bei 45.
Bettwanne 188.
Bismutose bei Enteritiden 45.
Blasensteine, Operationsmethode der 46.
— Litholapaxie der 46.
Blenorrhoea neonatorum, Credéisierung bei 47.
— — Protargol bei 47.
Blutstillung durch Gelatineinjektionen 47.
— — Wasserdampf 52.
Blutungen post partum 135.
Borax, Giftigkeit des 100.
Bromäthyl 243.
Bromokoll bei Nervenkrankheiten 53.
— Resorbin bei Pruritus 53.
Brotsurrogate 96.
Brustdrüsen, Hypertrophie der 140.
Brustwarzen, Fissuren der 141.
Bubo inguinalis, Behandlungsmethoden des 53.
Buttermilch als Säuglingsnahrung 101.

C.

Cactus grandiflorus bei Aortenklappenfehlern 54.
Calciumchlorid bei Hämophilie 52.
Carcinomrezidive, lokale 249.
Cascarine bei Leberinsufficienz 55.
Cellulosebrot 74.
Cerebrinum-Poehl bei Epilepsie 80.
Chielin bei Hautkrankheiten 56.
Chinasäure bei Gicht 148.
Chinin als Mundheilmittel 57.
— bei Influenza 177.
— bei Keuchhusten 185.
Chininderivate, geschmacklose 57.
Chininpräparate, Prüfung der 56.
Chininum lygosinatum 345.
Chinosol 58.
Chlorfreie Diät 180.
Chloroformnarkose bei Herzkrankheiten 241.
Chlorose, Digitalis bei 6.
Cholecystitis 116.
Cholecystotomie 120.
Choledochus, Deckung von Defekten des 123.
Cholelithiasis, Druckpunkte bei 117.
— interne Behandlung des 117.
— Diätetische Behandlung des 117.
— Indikationen zur Operation bei 120.

Digitized by Google

Cholelithiasis, Magenspülungen bei 118.
Chorea, Behandlung der 58.
Cobrabiss 180.
Collargol-Therapie 302.
Coma diabeticum 68.
Conjunctivitis, behandelt mit Caprol 58.
Credéisierung 47.
Cretinismus, behandelt mit Schilddrüsenpräparaten 58.
Croup, Kalomel und Apomorphin bei 79.
Crurin bei Gonorrhöe 153.
Cystitis, Pyrogallussäure bei 59.
— Urotropie bei 59.
— Curettage bei 59.
Cystektomie 120.

D.

Darmbakterien 95.
Darmchirurgie 205.
Darmfäulnis 60.
Darmdyspepsie 60.
Darmimpermeabilität, behandelt mit Atropin 64.
Darminvagination 210.
Darmkatarrh der Säuglinge, rohe Milch beim 65.
— — Milchzucker beim 66.
Darmpunktion bei Ileus 65.
Dauerdrainage bei Endometritis 87.
Dauerhefenpräparate 158.
Dekubituskranke, Unterlage für 189.
Demenz, akute senile 287.
Desinfektion 11.
Diabetes mellitus, Ätiologie des 67.
— — Nahrungsbedürfnis bei 67.
— — Formen des 68.
— — Probediät bei 69.
— — Behandlung des 71.
— — Karlsbader Kur bei 73.
— — physikalische Therapie des 73.
— — Erdäpfel bei 74.
— — Roboratgebäcke bei 74.
— — Cellulosebrot bei 74.
— — in der Chirurgie 75.
— — Frühgeburt bei 131.
Diarrhöe, Salzsäure bei chronischer 61.
— Kefir bei chronischer 62.
— der Kinder, Protargol bei 66.
Diätetik 93.
Diätotherapie der Darmkrankheiten 60.
Digitalis bei Chlorose 6.
— Wirkung auf die Gefässe 75.
— Indikationen für 76.
— kumulative Wirkung des 76.
— subkutane Anwendung der 77.
Digitalisdialysate 76.
Dilatatorium von Bossi 134.
Dionin, Wirkungsweise des 77.
— in der Gynäkologie 77.
— — — Augentherapie 78.
Diphtherie, Sterblichkeit infolge 78.
Diphtherieserum, präzipitierendes 78.
— Präventivimpfungen mit 78.
Diuretin bei Angina pectoris 9.
Dormiol bei Status epilepticus 90.
Duodenalgeschwür, Operation des 208.
Dupuytrensche Fingerkontraktur, Operation bei 80.
Dysenterie, Diät bei 67.
— Ipecacuanha bei 64.
— Kolostomie bei chronischer 211.
Dysmenorrhöe, Aspirin bei 84.
— nasal behandelte 81.
— Balneotherapie des 81.
Dyspepsie, nervöse 222.
Dyspeptische Diarrhöen 61.
Dysuria gonorrhoica 154.

E.

Ehestandskandidaten und Gonorrhöe 150.
Eierstocksgeschwülste als Geburtsbehinderung 136.
Eiweissverdauung 94.
Eklampsia neonatorum, Jodipin bei 309.
Eklampsia, Behandlung der 132.
— Kaiserschnitt bei 133.
— — vaginaler bei 134.
Ektopische Schwangerschaft 132.
Ekzem, behandelt mit heissem Wasser 82.
Elektrisches Eisenbad 85.
Elektrizität, Einfluss auf die Muskelkraft 83.
— hochgespannte 84.
Elektromagnetische Therapie 83.
Elektrotherapie der Herzmuskelinsufficienz 84.
— der Obstipation 84.

Digitized by Google

Elektrotherapie der Enterocolitis 84.
— und Orthopädie 84.
Ellbogenluxationen, Arthrotomie bei veralteten 204.
Empyem, Aspirationsdrainage bei 85.
— operative Behandlung des 201.
— der Kieferhöhle 297.
Endoappendicitis 18.
Endocarditis, septische 166.
Endometritis, Behandlung mit luftfreiem Spray 87.
— Dauerdrainage bei 87.
Enges Becken, Geburtslauf beim 125.
Enteroptose, Kostalzeichen bei 87.
Enuresis, Massage bei 89.
Epididymitis tuberculosa 328.
— gonorrhoica 154.
Epikarin bei Scabies 89.
Epilepsie und Hysterie 89.
— behandelt mit Bromokoll 90.
— — — Cerebrinum-Poehl 90.
— Hydrotherapie des 91.
Erfrierung, Behandlung der 91.
Erkältungskrankheiten 92.
Ernährung in der heissen Jahreszeit 97.
Erysipel, behandelt mit rotem Lichte 105.
— — — Wärme 105.
— — — Siccativ 105.
— — — Metakresolanytol 106.
Eubiose, ein Blutpräparat 106.
Extractum, Hydrastis ein Expektorans 53.
— Filicis maris 160.
Extrauterinschwangerschaft 131.
Extensionsverband 338.

F.

Fangoapplikation, Wirkungsweise der 106.
Fangokur, Indikationen für die 107.
Favus, behandelt mit Formalin 107.
Fett, Entstehung aus Eiweiss 93.
— Einfluss auf den Eiweissumsatz 93.
Fettansatz, Einfluss der Geschlechtsdrüsen auf den 107.
Fettherz 108.
Fettresorption, Störung der 63.
— rektale 95.
Fettsucht, Stoff- und Kraftwechsel bei 107.
— plethorische und anämische 108.
— behandelt mit borsaurem Natron 108.
Fingerlose Methode des Operierens 12.
Finsenlicht 198.
Fissura ani, operative Behandlung der 109.
Flexionspronationskontraktur 229.
Foetor ex ore gastrointestinalen Ursprungs 110.
Formalin bei Tonsillitis 79.
Forman bei Schnupfen 110.
Frakturen, operative Behandlung der 111.
Franzensbader Moorbäder 38.
— Kohlensäurebäder 39.
Fremdkörper der Speiseröhre 114, 267.
Fremdkörperpunktion 115.
Frühgeburt bei Tuberkulose 130.
Furonkuline 158.
Furunkel, Karbolinjektionen bei 116.
— behandelt mit Ichthyol 116.

G.

Gallenausführungsgänge, Verschluss der 122.
Gallenblasenperforation 122.
Gallensteinileus 122.
Gallensteinkolik, behandelt mit Jodkali 118.
Gallogen bei Darmkrankheiten 124.
Gasterine bei Magenkrankheiten 225.
Gastroplikation bei Magenerweiterung 224.
Gastroptose 208.
Gebärmutterblutungen, Oleum terebinthinae bei 51.
Gebärmutterkrebs 251.
Geburtsbehinderung durch Eierstocksgeschwülste 136.
Gehirnchirurgie 142.
Gehverband bei Beinbrüchen 112.
Geisteskrankheiten, Frühgeburt bei 129.
Geisteskrankenüberführung in eine Irrenanstalt 287.
Gelatine, Tetanuskeime der 49.
— Sterilisierung des 49.
Gelatineinjektionen bei Aneurysmen 8.
— zur Blutstillung 47.
— bei Hämophilie 50.
— bei Melaena vera 49.
— — Cystitis 49.
Gelbes Fieber, Ätiologie des 145.

Digitized by Google

Gelenkerkrankungen, Massage bei 111.
– septische 145.
– tuberkulöse 327.
Gelenkentzündung, gonorrhoische 155.
— akute syphilitische 305.
Genitalleiden, nasale Behandlung des 80.
Genitaltuberkulose 328.
Geschlechtskrankheiten, Prophylaxe der 309.
Geschossverletzungen 339.
Geschwulstexstirpation, Heisswasserübergiessung nach 254.
Gesichtslagen 125.
Gichtanfall, Entstehung des 146.
Gicht, Therapie des 146.
— durch Unmässigkeit 147.
— — Überernährung des Kindes 148.
Glaukom, Sympathikusresektion bei 149.
Glaukomstatistik 149.
Gluton 99.
Glühlichtbäder 197.
Glykosal, ein Antiseptikum und Antirheumatikum 150.
Gonorrhöe und Ehe 150.
— Protargol bei 151.
— Abortivbehandlung der 152.
— Irrigationsbehandlung der 152.
— behandelt mit Salpetersäure 152.
— — — Albargin 153.
— — — Ichthargen 153.
— — — Crurin 153.
— — — Protargolgelatine 153.
— der Prostituierten 154.
— Pyelonephritis nach 155.
Greisenalter, Erkrankungen im 156.

H.

Handschuhe beim Operieren 11.
Harnantiseptika 16.
Harnsäure, Einfluss der Alkalien auf die 145.
Hautcarcinom 257.
Hämolysine 173.
Hämophilie, behandelt mit Calciumchlorid 52.
Hämorrhoiden, Ligaturbehandlung der 157.
Händedesinfektion 12.
Hedonal bei Neurasthenie 157.
— — Herzkrankheiten 157.
Hefe bei Hautkrankheiten 158.
Hefebehandlung, vaginale 159.
Heilquellen, Beschaffenheit der 37.
Heissluftapparat bei Beckenaffektionen 44.
Heissluftherapie in der Gynäkologie 344.
Heisswasser-Alkohol-Desinfektion 12.
Helminthiasis und Appendicitis 23.
Helmitol, ein Harnantiseptikum 160.
Hernien, Taxis bei eingeklemmten 160.
— incarcerierte 160.
Heroin, ein Hustenmittel 161.
— Scheidentampons mit 162.
— bei sexuellen Erregungszuständen 162.
Herzkrankheiten, Ätiologie der 162.
— Frühgeburt bei 129.
Herzerweiterung, akute 163.
Herzmuskelinsufficienz, Elektrotherapie der 84.
Herzmuskelkrankheiten, Mechanotherapie der 165.
Herznaht 167.
Herztherapie, kombinierte 164.
Hetoltherapie der Tuberkulose 323.
Heufieber, eine Reflexneurose 167.
Hirngeschwülste, Entfernung der 143.
— Trepanation bei 143.
Hirnverletzungen 341.
Höhenklima, Wirkungen des 40.
Höhentherapie 43.
Huile digitalique Nativelle 77.
Humerusfrakturen, Verbandmethode der 112.
Hüftgelenksverrenkung, angeborene 204.
Hydatidencyste des Gehirns 143.
Hydrocephalus, Lumbalpunktion bei 144.
— antiluetische Behandlung des 169.
Hydrocele, operative Behandlung der 168.
— Karbolinjektionen bei 168.
Hydrops, mechanische Behandlung des 169.
Hydrotherapie bei Kreislaufstörungen 165.
— Fundamentalsätze der 36.
Hydrothermoregulator 344.
Hygiene der Barbierstuben 17.
Hygienische Lebensweise 97.
Hyperchlorhydrie 220.
Hypertrichosis, Wasserstoffsuperoxyd bei 343.
Hypnopyrin, analgetische Wirkung des 169.

Digitized by Google

Hypopyon-Keratitis 184.
Hysteruryse bei Placenta praevia 126.
Hysterektomie bei puerperaler Infektion 137.

I und J.

Janetsche Spülungen bei Gonorrhöe 152.
Ichthargan bei Gonorrhöe 153.
— in der Rhinotherapie 296.
— bei Augenkrankheiten 170.
Ichthyol bei Dermatosen 170.
Ileus, behandelt mit Atropin 64.
— Darmfunktion bei 65.
Impotentia virilis, Behandlung der 175.
— behandelt mit Yohimbin 176.
Infektionen, chirurgische 176.
Influenza, behandelt mit Chinin 177.
Inhalationstherapie 177.
Inhalatorien 178.
Innere Therapie, Stand der 314.
Intubation 79.
Intussusception bei Kindern 209.
Jodbrötchen 180.
Jodipin bei Lues 181.
— in der Augenheilkunde 181.
— bei Aktinomykose 3.
Jodkali bei Gallensteinkolik 18.
Jodmilch bei Tuberkulose 328.
Jodoformgaze, Sterilisationsbüchse für 15.
Jodolenum 181.
Jodtinktur bei Lues 180.
Jodvasogen 337.
Jodwirkung bei Arteriosklerose 33.
Jodyloform 182.
Ipecacuanha bei Dysenterie 64.
Irrigationsbehandlung der Gonorrhöe 152.
Ischias, Hydrotherapie der 257.
— Kokaininjektionen bei 257.
— chirurgische Behandlung der 258.

K.

Kaiserschnitt, relativer 128.
— bei Eklampsie 133.
Kakodylsaures Natron 30.
Kalium bichromicum bei Lues 309.
Kaliumnitrat bei Arterienspannung 32.
Kalkverletzungen des Auges 342.
Karbollysoform 15.
Kariöse Zähne, Argentum nitricum bei 346.
Katalysatoren des Organismus 269.
Katarrhe, Behandlung akuter 313.
Kathetersonde 154.
Kautschukkompressen 11.
Kefir bei chronischer Diarrhöe 62.
— therapeutische Bedeutung des 98.
Kehlkopftuberkulose, Phenolum sulforicinicum bei 326.
Kehlkopfkanüle, Narkose mittelst 247.
Keuchhusten, behandelt mit Chinin 185.
— — — Aristochin 185.
— — — Pyridin 185.
— — — Antitussin 186.
— Serumtherapie des 186.
Kieferfraktur, Zugverband für 117.
Kinderlähmung, Behandlung der 190.
Kisslowodsk, Kurort 42.
Klimatotherapie 36.
Klumpfuss, Redression des 186.
Kniegelenksarthritis 327.
Knochenbrüche, Fortschritte in der Behandlung der 111.
Kochsalzinfusionen bei Geisteskrankheiten 187.
Kochsalzsurrogat 96.
Kohlehydratfreies Gebäck 74.
Kohlensäurebäder 39, 188.
Kokain in der Augenheilkunde 187.
Kakainisierung des Rückenmarks 244.
Kompensationsstörungen des Herzens 166.
Körperlagen, Einfluss auf die Magenfunktion 94.
Körpermassage bei Nierenleiden 263.
Krankenhebeapparat 188.
Krebs, Parasitismus des 247.
— des schwangeren Uterus 252.
— Spätrezidive des 252.
— Serotherapie bei 253.
— Verbreitung des 249.
Kreislaufstörungen, Hydrotherapie der 165.
Kreosotvasogen 337.
Kuhmilch, gelabte 102.
Kurorte für Lungenkranke 41.
Künstliche Frühgeburt 135.

L.

Laparotomieen, peritoneale Adhäsionen nach 212.

Digitized by Google

Laporatomieen im Kriege 340.
Laryngitis chronica 184.
Larynxstenose, Operation bei 79.
Larynxtuberkulose, Frühgeburt bei 130.
Lähmungen, Sehnenplastik bei 191.
Lävulosurie 67.
Leberabscess 194.
Lebercirrhose, eine Vergiftung 191.
— kardiale 192.
— Milchdiät bei 192.
— Jodkali bei 192.
— Operation bei 192.
Lebersyphilis 306.
Leberstichwunde 194.
Leibbinde 189.
Lepra, Übertragbarkeit der 194
— Lokaltherapie der 194.
Leukämie, Ätiologie und Therapie der 195.
Leukoplakie, Perubalsam bei 196.
Levicowasser 38.
Licht, therapeutische Anwendung des 196.
Ligaturbehandlung der Hämorrhoiden 157.
Limonade, Bereitung von 190.
Lippspringer Gichtwasser 148.
Litholapaxie 46.
Lumbalpunktion bei Hydrocephalus 144.
Lungenabscesse, Operation tuberkulöser 201.
Lungenblutungen, behandelt mit Gelatininjektionen 48.
— Pflege bei 50.
— mechanische Fixierung d. Thorax bei 51.
Lungenbrand, operative Behandlung des 201.
Lungenkrankheiten, chirurgische Behandlung der 200.
Lungenkomplikationen bei Appendicitis 28.
Lungenoperationen 200.
Lupus, behandelt mit hypermangansaurem Kali 202.
— — — Wasserstoffsuperoxyd 203.
— Heissluftherapie des 203.
— erythematodes 203.
Luxationen der Schulter 203.

M.

Magenatonie 219.
Magenblutungen, Eiswasserspülungen bei 217.
Magenchirurgie 206.
Magen-Duodenumperforation 212.
Magenerweiterung 224.
— Gastroplikation bei 224.
Magenerosionen, hämorrhagische 218.
Magenfunktion, Störungen der muskulären 218.
Magengeschwür, Operation des kallösen 207.
— perforiertes 207.
— Entstehung des 213.
— Diagnose des 213.
— Behandlung des 215.
— Dermatol bei 216.
— Rektalernährung bei 217.
— Eierkost bei 217.
— Xeroform bei 217.
— operative Behandlung des 217.
Magencarcinom 209, 250.
Magenkrankheiten, Ernährungstherapie der 219.
— Fettdiät bei 220.
Magenlähmung 225.
Magenperforation, ulceröse 218.
Magensonde 223.
Magenspülungen bei Cholelithiasis 118.
— — Kindern 223.
Malaria, subkutane Chininjektion bei 227.
— Methylenblau bei 227.
— Arrhenal bei 30.
Malariafrage, Beiträge zur 226.
Malariamilz 233.
Mangan-Eisen-Pepton 82.
Massage mit Quecksilber 229.
Mastdarmcarcinom 251.
Mastdarmprolapsoperation 211.
Mastitis 140.
Mechanotherapie der Herzmuskelkrankheiten 165.
Melaena, Gelatineinjektionen bei 49.
Meningitis, Lumbalpunktion bei 231.
Menthol-Jodol 296.
Meralgia paraesthetica 256.
Merkolintschurz 290.
Merkurkolloidpräparate 291.
Merkuro-Crême 290.
Mesotan, ein Antirheumatikum 231.
Metakresolanytol bei Erysipel 106.

Digitized by Google

Metatarsalgie 238.
Metreuryse 135.
Mikrococcus neoformas 248.
Milch, Eisengehalt der 101.
— Pasteurisieren der 101.
— Tuberkelbacillen in der 101.
Milchzucker bei Darmerkrankungen der Kinder 66.
Milz, subkutane Rupturen der 233.
— Schussverletzungen der 233.
— Hernien der 233.
— Abscesse der 233.
— Hydatidencysten der 233.
— Stielverdrehung der 233.
Milzbrand, Pyocyanase bei 232.
— Serumtherapie des 232.
— Argentum colloidale Credé bei 233.
— operative Behandlung des 233.
Mineralmoorpackungen 344.
Mittelohrentzündung, akute 267.
— chronische, trockene 268.
Moorbäder 39.
Morbus Addisonii, Nebennierenkapseln bei 233.
— Bantii, eine Splanchnicusparese 234.
— — Splenektomie bei 235.
— Barlowi, rohe Milch bei 235.
— — Hämaturie bei 235.
— Basedowii, operative Behandlung des 236.
— — Jodoformäthereinspritzungen bei 236.
— — Sympathicusresektion bei 236.
— — Milch schilddrüsenloser Ziegen bei 237.
— — Thyreoidserum bei 237.
— Brightii, chirurgische Behandlung des 260.
Morphinismus, Entziehungskur bei 238.
— Kampfer 239.
Morphin-Skopolamin-Narkose 245.
Mundwässer 239, 348.
Muskelmassage 228.
Myombehandlung 254.

N.

Nabelbruchverband 161.
Nachbehandlung von septischen Operationen 344.
Nachtschweisse der Phthisiker 326.
Nagelentfernung, unblutige 240.
Narkose, Indikationen der allgemeinen 240.
Nasenanomalieen 297.
Nasenrachenkatarrh durch Luftheizung 296.
Nasenspülungen 295.
Natrium salicylicum bei Appendicitis 23.
Nährzucker 104.
Nebennierenextrakt 271.
Nephritis, Frühgeburt bei 129.
— akute, suppurative 261.
— Therapie der akuten 263.
— chronische 264.
— skarlatinöse 264, 300.
Nephropexie 261.
Nephroptose, Schmerzpunkt bei 88.
Nervenkrankheiten, Frühgeburt bei 129.
— Extensionsmethode bei 257.
— intraarachnoideale Kokaineinspritzungen bei 257.
— behandelt mit Bromeiweisspräparaten 258.
Neuroretinitis albuminurica, Frühgeburt bei 129.
Neurose, traumatische 257.
Neu-Sidonal bei Gicht 148.
Nierenabscess, metastatischer 261.
Nierenchirurgie 259.
Nierenkrankheiten, Herzhypertrophie bei 262.
— Fleischkost bei 263.
— Körpermassage bei 267.
Nierenschmerzen und -blutungen 259.
Nierensteine, Diagnose der 199.
— Massage bei 265.
Nierentuberkulose 260.
Nierenuntersuchung, funktionelle 259.
Nierenverletzung 341.

O.

Obstipatio spastica 62.
— Atmungsgymnastik bei 63.
— Elektrotherapie der 84.
Odda 104.
Ohr, lokale Anästhesierung des 269.
Ohrenkrankheiten 267.
Ohrschwindel 269.

Digitized by Google

Oleum terebinthinae bei Perityphlitis 23.
— — — Gebärmutterblutungen 51.
Operationen, gynäkologische, ohne Narkose 243.
Operationsschleier 11.
Operieren im Ätherrausch 241.
— mit Handschuhen 11.
Opiumvergiftung 178.
Organotherapie 269.
Osmodiätetik des Magens 94.
— der Nieren 94.
Osteomalacie, Kastration bei 274.
Otitis media, Methylenblau bei 268.
Ovarialtumor und Schwangerschaft 136.
Ovariumpräparate, Einfluss auf den Stoffwechsel 271.
Oxalurie, behandelt mit Magnesia 274.
Ozäna, Paraffininjektionen bei 296.
Ozon, Apparat zur Bereitung von 189.
Ösophagoskopie 113.
Ösophagotomie 114.
Ösophaguskrankheiten 265.
Ösophagus, künstlicher 266.
Ösophagusstenosen 266.

P.

Pankreaskrankheiten 274.
Pankreon bei Steatorrhöe 274.
Panophthalmitis, Enukleation bei 54.
Papain bei Ektasia ventriculi 224.
Paquelinheissluftbrenner bei Lupus 203.
Paraffininjektionen, Lungenembolieen nach 275.
— bei Ektropium 275.
— — Epikanthus 275.
— — Hemiatrophia faciei 275.
— — Darmprolapsen 275.
— — Ozäna 296.
Paraappendicitis 19.
Paranephritis nach Furunkeln 115.
Paraphenylendiaminpräparate, Vergiftung mit 179.
Parasitismus des Krebses 247.
Pasteurisieren der Milch 101.
Pädiatrische Diätetik 140.
Perdynamin 82.
Perforation des Kopfes 128.
Perforationsperitonitis nach Appendicitis 28.
Perikarditis, akute 276.
— Punktionsstelle bei 276.
Peritonealraum, entzündlich-eitrige Prozesse im 211.
Peritonealchirurgie 205.
Peritonitis nach Appendicitis 19.
— diffuse, eitrige 211.
— Behandlung der allgemeinen 277.
— Heilbestrebungen bei diffuser 277.
— Operation bei diffuser 278.
— Schmierseife bei chronischer 278.
— tuberculosa, Operation bei 326.
— — innere Behandlung der 327.
Perityphlitis, Oleum terebinthinae bei 23.
Permea-Elektrotherapie 83.
Perubalsam bei Leukoplakie 196
Pest, Diagnose der 278.
— Immunisierungsmethoden gegen 279.
Pferdesterbe 226.
Pharyngitis granulosa 280.
Pharynxerkrankungen 279.
Pharynxtonsillitiden 279.
Pharynxtuberkulose 326.
Phimosis, Operationsmethode der 280.
— mechanische Dehnung der 280.
— Anästhesierungsverfahren bei Operation der 280.
Phosphor und Arsen bei Area Celsi 5.
Physikalische Therapie, Dosierung in der 312.
— — Lehrbuch der 314.
Placenta praevia, Hystereuryse bei 126.
Placentarretention 135.
Placentarorganotherapie 273.
Plattfuss, Formen des 281.
— und Meralgia paraesthetica 281.
— Operation des 281.
Pleuraempyem, Operation der 86.
Pleuraergüsse, Thoraxpunktion bei 282.
Pleuraerkrankungen 281.
Pleuritis sicca, Aspirin bei 34.
Pneumokokkenserum bei Ulcus serpens 184.
Pneumonie, Krankenpflege bei 282.
— Wasserbehandlung der 283.
— im Kindesalter 283.
Pneumothorax, artefizieller 202.
Polytherm 344.
Protiocarcinom, Kontagiosität des 248.

Digitized by Google

Primula obeonica, Vergiftung mit 179.
Prolapsoperation 337.
Prostatahypertrophie, Bottinische Operation bei 284.
Prostataresektion, intrakapsuläre 285.
Protargol bei Blenorrhoea neonatorum 47.
— — Diarrhöe der Kinder 66.
— — Gonorrhöe 151.
Pruritus, behandelt mit Bromokoll-Resorbin 53.
— vulvae, Karlsbader Kur gegen 286.
— — Guajakolvasogen bei 286.
— — Nervenresektion bei 287.
— universalis, Säurebehandlung des 287.
Pseudostenokardie 9.
Psoriasis, Arrhenal bei 31.
Psychosen, Hypnotismus bei 288.
— Bettbehandlung der 288.
— Apomorphin bei 288.
Pubertätsalbuminurie 3.
Puerperale Infektion 138.
— — Kochsalzlösung bei 139.
— — Unguentum Credé bei 139.
— Pyämie, Behandlung der 138.
Pulsverlangsamung 163.
Purgatin, ein Laxans 289.
Purgen, ein Abführmittel 289.
Puro in der Krankendiätetik 100, 290.
Pyelonephritis gonorrhoica 155.
Pylorusstenose, Gastroenterostomie bei 207.
— Olivenöl bei 222.
Pyocyanose bei Milzbrand 232.
Pyramidon, antipyretische Wirkung des 11.
Pyridin bei Keuchhusten 185.
Pyrogallussäure bei Cystitis 59.

Q.

Quecksilber 290.
Quecksilberinjektion bei Syphilis 308.
Quecksilbersalze, Lungenembolie nach Injektion von 308.
Quecksilbervergiftung 308.
Querlagen, verschleppte 126.

R.

Rachikokainisation 244.
Rachitropakokainisation 245.
Radfahren, Indikationen für 291.
Radiodermitis 198.
Reflex, okulopupillärer sensibler 255.
Reflexneurosen der Nase 255.
Rektumcarcinom 251.
Resorptionsfähigkeit des Dickdarmes 95.
Retroflexio uteri 335.
Rhachitis, Phosphortherapie des 292.
— Lecithin bei 292.
— Thymustabloids bei 292.
— Regime bei 293.
Rheumatismus, behandelt mit Aspirin 33.
— Bakterienbefund bei 293.
— Warmbäderbehandlung des 294.
— Behandlung in Bädern 294.
— Hydrotherapie des 294.
Rheumatische Affektionen, Tropakokaininjektionen bei 295.
— — diätische Verordnungen bei 295.
Rhinotherapie 295.
Roboratgebäcke bei Diabetes 74.
Roborat in der Krankendiätetik 99.
Roborin 82.
Röntgenphotographie bei Rückenmarkskrankheiten 199.
Röntgen-Universalinstrumentarium 199.
Rückenmarkschirurgie 142.

S.

Salochinin, ein Antineuralgikum 57.
— bei Malaria 57.
Salpetersäure bei Gonorrhöe 153.
Salzsäure bei chronischer Diarrhöe 61.
Sanduhrmagen, Operation bei 208.
Sauerstoffinfusion, intravenöse 298.
Sauerstofftherapie 298.
Säugling, Stoffwechsel des 100.
— Brusternährung des 103.
Scarlatina, Serotherapie des 299.
— Streptokokkenserum bei 299.
— septica 299.
— Behandlung des 299.
— kalte Bäder bei 300.
— Oleum terebinthinae bei 300.
Scharlachangina, Karbolinjektionen bei 300.
— Sozojodolnatrium bei 300.
Schädelchirurgie 142.
Schädeldefekte, Verschluss von 143.
Scheidenspülungen 140.

Digitized by Google

Scheinoperationen 313.
Schilddrüsenpräparate bei Cretinismus 58.
Schlaflosigkeit, Hydrotherapie der 301.
— Massage der Halsgefässe bei 301.
— Paraldehyd bei 301.
Schlammbäder, lokale 40.
Schmierkur und Schwefelwassertrinkkur 308.
Schnupfen, Behandlung des akuten 296.
— Orthoform gegen 296.
— Amyloform gegen 296.
Schrägfrakturen 111.
Schrumpfniere 264.
Schulterverrenkungen, Reposition veralteter 204.
Schwefelbäder bei Syphilis 38.
Schweissfuss, Tannoform bei 302.
Schwindsüchtige, Ernährung der 323.
Schwitzprozeduren 36.
Seeklima, Wirkung des 42.
Seereisen 43.
Seesanatorien 43.
Sehschwäche, Sehübungen bei 302,
Sehnenplastik bei Lähmungen 191.
Seitenkettentheorie 171.
Sensibles Dentin 346.
Septische Infektion 137.
Septoforma 15.
Serumtherapie 171.
Shock, Transfusion bei 6.
— Verhinderung des 11.
Silbercatgut 16.
Silberpräparate 302.
Sklerodermie 35.
Skoliose, eine Ernährungsstörung 303.
— Massage und Heilgymnastik bei 303.
— Therapie der schweren 303.
Sodasalzlösung 187.
Solbadkuren während der Gravidität 39.
Somnoform 243.
Spartein 166.
Speiseröhrenerweiterung, idiopathische 265.
Spucknapfpulver 16
Staroperationen bei Hochbetagten 55.
Status epilepticus, Dormiol bei 90.
Stauungshyperämie bei Pseudarthrosen 304.
— — Gelenktuberkulose 304.
— — Infektionskrankheiten d. Gelenke 304.
— — Gelenksteifigkeiten 304.
Sterilisationsbüchse für Jodoformgaze 15.
Stokes-Adamssche Krankheit 304.
Strabismus, Behandlung des 305.
Strophulus 183.
Struma, Jodoformäthereinspritzungen bei 305.
Strychninvergiftung 178.
Stypticin bei Urethralblutungen 52.
Sublamin 13.
Superacidität, Olivenöl bei 221.
Supraorbitalneuralgie 256.
Sympathikusresektion 149.
Symphyseotomie 128.
Syphilis, Behandlung in frischen Fällen 306.
— Dosierung des Quecksilbers bei 307.
— Salicylquecksilberinjektionen bei 307.
— Quecksilberjodid bei 308.
— Technicismen bei der Behandlung der 308.
— behandelt mit Kal. bichromicum 309.
— Eheverbot bei 309.
— Verhütung und Bekämpfung der 309.

T.

Tabes dorsalis, Hydrotherapie der 301.
— — antiluetische Behandlung der 301.
— — Natrium nitrosum bei 311.
Tallermannscher Apparat 197.
Tamponade des Uterus 135.
Tannochrom, ein Wundpulver 311.
Tannoform bei Schweissfuss 302.
Taxis eingeklemmter Hernien 160.
Teervasogen bei Ekzem 338.
Terpentinumschläge bei Appendicitis 22.
Tetanus, Antitoxinbehandlung des 311.
— behandelt mit Hirnemulsion 312.
Tetanuskeime der Gelatine 49.
Thalassotherapie 43.
Theocin, ein Diureticum 312.
Thermotherapie 43.
Thigenol, ein Schwefelpräparat 315.
Thiosinamin bei Ösophagusnarben 266.
Thorakodynamometer 322.
Toleranz, für Kohleydrate 69.
Tötung des Fötus 128.
Trachom, Rollzange bei 315.
— Ausscheidung der Übergangafalte bei 315.

Digitized by Google

Trachom, Cuprum nitricum bei 315.
— Ichthargan bei 316.
— Ichthyol bei 316.
— Phenollösung bei 316.
Traumatische Neurose 257.
Transfusion bei Shock 6.
Trepanation bei Hirngeschwülsten 143.
Trigeminusneuralgie, galvanische Behandlung der 256.
Tropakokain zur Rückenmarksanalgesie 245.
Tubarabort 132.
Tubenerkrankung, Drainage bei 316.
Tuberkelbacillen in der Milch 101.
Tuberkulin von Maragliano 319.
— diagnostische Bedeutung des 320.
— Ungefährlichkeit des 320.
— und Kalk bei Tuberkulose 320.
Tuberkulocidin Klebs 321.
Tuberkulose des Menschen und des Rindes 316.
— Übertragungsversuche der 317.
— Identität der Bacillen bei 317.
— Darm- und Mesenterial- 317.
— Vererbung der 318.
— Mortalität wegen 318.
— Entstehung und Bekämpfung der 318.
— Massregeln gegen die Verbreitung der 318.
— Tröpfcheninfektion der 319.
— Wohnungshygiene gegen 319.
— Immunisierung des Rindes gegen 319.
— Liegekur bei 321.
— Freiluftkur bei 321.
— Atemgymnastik bei 321.
— Arbeitskur bei 322.
— Errichtung ländlicher Kolonieen 322.
— Hydrotherapie der 322.
— Hetoltherapie der 323.
— Hetol und Sanguinal bei 323.
— Ichthyolpräparate bei 324.
— Krankenhausbehandlung der 325.
— Aphthisin bei 325.
— Guajakol bei 325.
— Lecithin bei 325.
— Harnstoff bei 325.
— Hämoptoe bei 326.
— der oberen Luftwege 326.
— Resektion des Fussgelenks wegen 327.
Tuberkulose der Lymphdrüsen 328.
— — Geschlechtsorgane 328.
— — Cornea 329.
Typhus, Widalsche Reaktion bei 330.
— Bacillen in den Roseolen bei 330.
— Antityphusextrakt bei 331.
— Serotherapie des 331.
— forcierte Ernährung bei 331.
— Kaltwasserbehandlung des 331.
— Laktophenin bei 332.
— Pepsin und Salzsäure bei 332.
— Sulfur depuratum bei 332.
— Ansteckung durch Wasser 332.
Typhusbakteriurie, Urotropie bei 332.
Typhusvaccination 331.
Typhusverbreitung, Verhinderung der 333.

U.

Ulcus cruris, Solutio calcariae hypochlorica bei 334.
— — Operation bei 334.
— serpens, Serumtherapie des 184.
— ventriculi, Operation bei 207.
Ulmarin, ein Salicylpräparat 334.
Umschläge, kalte und warme 36.
Unguentum Credé bei puerperaler Sepsis 139.
Unterschenkelamputation 5.
Urämie bei Nephritis scarlatinosa 264.
Urethralblutungen, Stypticin bei 52.
Urinableitung, Apparat zur 189.
Urol bei Gicht 148.
Uropurin bei Harnleiden 334.
Urotropin, ein Harnantiseptikum 16.
— bei Cystitis 59.
Uterusdeviationen 335.
Uteruscarcinom, operative Behandlung des 252.
— und Schwangerschaft 137.
Uterusruptur 127.
Übungstherapie der tabischen Ataxie 230.

V.

Valyl bei hysterischen Zuständen 337.
Vasogene 337.
Vegetabilische Diät 98.
Vegetationen, adenoide, bei Taubstummen 297.

Digitized by Google

Venenthrombose, Operation bei 338.
Verbände 338.
Verbrennungen, Pathologie der 338.
Verdaulichkeit der Speisen 96.
Verletzungen durch Geschosse 339.
Vioform statt Jodoform 342.

W.

Wandermilz 233.
Wanderniere, Behandlung der 342.
Wasserdampf zur Blutstillung 52.
Wasserstoffsuperoxyd bei Lupus 203.
— in der Wundbehandlung 343.
— bei Hypertrichosis 343.
— bei Zahnkrankheiten 347.
Wärmeapplikation, lokale 343.
Wärmebehandlung Unfallverletzter 343
Wärmepolster 12.
Wechselströme 83.
Wundbehandlung nach Bulbusoperationen 345.

Z.

Zahneinpflanzungen 347.
Zahnfüllung mit Porzellan 347.
Zahnkrankheiten, Wasserstoffsuperoxyd bei 347.
Zimmerfahrrad 230.
Zitterbewegungen, Hyoscinum hydrobromicum bei 258.
Zugverband für Kieferfraktur 113.

Digitized by Google

A.

Adnexerkrankungen. Die entzündlichen Adnexerkrankungen können nach Dr. Flockemann (Hamburg) in den frühen Stadien zur Restitutio ad integrum ausheilen, auch bedroht der sich selbst überlassene, fortgeschrittene Prozess im allgemeinen das Leben nicht direkt. Bei günstigen äusseren Verhältnissen muss man daher konservativ vorgehen; ist dagegen die Patientin gezwungen, zu arbeiten, oder sind die Beschwerden dauernd unerträglich, so liegt die Anzeige zur Operation vor. Punktion und Drainage sind im allgemeinen langwierig und unsicher; eine später doch noch notwendige Operation wird durch die gesetzte Fistel wesentlich gefährlicher und schwieriger. Darum soll die Operation bestrebt sein, alles Kranke zu entfernen, aber sonst so konservativ wie möglich sein: gesunde Adnexe der anderen Seite erhalten, verschlossene Tuben ohne infektiösen Inhalt durch Salpingostomie wieder wegsam machen. Denn in beiden Fällen haben Flockemann und andere wieder Schwangerschaft eintreten sehen. Die abdominale Methode ist der vaginalen vorzuziehen, weil sie eine unvergleichlich viel bessere Übersicht gibt und nur durch sie mit Sicherheit alles Kranke entfernt werden kann, während die Dauererfolge im wesentlichen die gleichen sind.

Dr. Jung berichtet über 122 Fälle von Beckeneiterung, welche in der Greifswalder Klinik zur Behandlung kamen. Die Mortalität betrug 18%. Die hohe Sterblichkeit fällt hauptsächlich der Laparotomie zur Last, welche für schwere, mit starken Verwachsungen verbundene Adnextumoren als Operation der Wahl gilt, während nur kleine, nicht verwachsene Tumoren durch die Kolpocöliotomie angegriffen werden. Die ungünstigen Resultate sind auf den hohen Virulenzgrad des Eiters zurückzuführen. Das Vorwiegen der Streptokokken und der tuberkulösen Erkrankungen, welche mit schweren Verwachsungen einhergehen, muss die Indikation für operative Eingriffe einschränken. Martin hat daher in letzter Zeit wieder das Verfahren der Incision von der Scheide und der Drainage mehr geübt und die 21 so behandelten Frauen geheilt. Die Rückbildung der Infiltrate und Exsudate wird durch Heissluftbehandlung nach Bier wesentlich gefördert, auch nicht operierte Fälle werden dadurch vorzüglich beeinflusst. Für die Diagnose des Vorhandenseins von Eiter bildet die Leukocytenzählung wesentliche Vorteile.

Dr. Gubarew warnt vor der intrauterinen Injektionstherapie in den Fällen, wo die Diagnose auf eine entzündliche Adnexerkrankung gestellt wird, da in derartigen Fällen, namentlich, wo es sich um Eiteransammlungen handelt, das Resultat derartiger Behandlung wohl gleich Null sein muss. Verfasser teilt zwei Fälle von Pyosalpingitis mit, die langdauernd ohne Erfolg durch intrauterine Injektionen nach Grammatikati behandelt worden waren, und von denen den einen Verfasser operativ geheilt hat.

Zur operativen Behandlung der entzündlichen Adnexerkrankungen mit Berücksichtigung der Dauererfolge von Dr. Flockemann (Mitt. a. d. Hamb. Staatskrankenanst. — Schw. Jahrb. 274. Bd. 5. H.). — Dr. Jung über die Behandlung eitriger Affektionen der Adnexe und des Beckenbindegewebes auf der Naturforscherversammlung zu Karlsbad (Münch. med. Wochenschr. Nr. 42). — Zur Frage über die Behandlung der entzündlichen Adnexerkrankungen des Uterus mit intrauterinen Injektionen von Dr. Gubarew (Russk. Wratsch. — Rev. d. russ. med. Zeitschr. Nr. 7.)

Digitized by Google

Agurin. Agurin, ein Doppelsalz von Theobrominnatrium und essigsaurem Natron, stellt ein farbloses in Wasser leicht lösliches Pulver von salzig-bitterem Geschmack dar. Es ist reicher an Theobromin, als das Diuretin. Als die geeignetste Dosierung scheint sich die Darreichung von drei Pulvern zu 1,0 g täglich beim Erwachsenen zu bewähren. Dr. Michaelis erprobte das Mittel an Prof. Littens Abteilung des städtischen Krankenhauses zu Berlin und glaubt darüber folgendes Urteil fällen zu können: Bei gleicher diuretischer Wirksamkeit besitzt das Agurin den Vorzug vor dem Diuretin, dass es neben dem Theobromin keine differenten Bestandteile (keine Salicylsäure) enthält. Das im Agurin enthaltene Natrium aceticum ist ein Mittel, welches man bei den gleichen Indikationen anwendet, wie das Theobromin. In Form des Agurins wird das Theobromin glatt vertragen, auch dann, wenn das Diuretin schlecht vertragen wird. Es ist zunächst bei allen hydropischen Erscheinungen indiziert, besonders bei Stauungserscheinungen infolge von Herzklappenfehlern. Seine Wirkung wird durch vorangegangene oder gleichzeitige Darreichung der Digitalis unterstützt. Sein Angriffspunkt ist, im Gegensatz zur Digitalis, nicht das Herz, sondern die Niere. Am promptesten wirkt es bei intakter Niere, doch reagiert auch mitunter eine leichte, besonders chronische, interstitielle Nephritis.

An Prof. Lenhartz's Abteilung des Eppendorf-Hamburger Krankenhauses erprobte Dr. Reye das Agurin. Die Krankheiten, bei denen das Mittel zur Anwendung kam, lassen sich in drei Gruppen einteilen. Die erste umfasste nur Herzfehler, meist schwererer Art, die sich zum Teile nicht mehr beeinflussen liessen. In einigen Fällen wirkte das Mittel, so lange noch deutliche Stauungserscheinungen vorhanden waren, befriedigend. Die zweite Gruppe umfasst verschiedene Affektionen, die nur das gemeinsam hatten, dass Erscheinungen von Herzschwäche eine Ordination verlangten. Der Erfolg war ein wechselnder. Bei der dritten Gruppe handelt es sich um sechs Fälle von schwerer, chronischer Nephritis. Namentlich bei der interstitiellen Nephritis bewährte sich das Agurin vortrefflich. In keinem der behandelten Fälle wurden irgendwelche üble Nebenwirkungen hervorgerufen.

Seine Erfahrungen über das Agurin fasst Dr. v. Kétly (Budapest) in folgenden Sätzen zusammen: 1. Das Agurin, als vorzügliches Diureticum, steht bezüglich der Sicherheit seiner Wirkung sowohl über dem Diuretin, als auch über den anderen, bisher bekannten Diureticis. 2. Die Kranken vertragen es sehr gut, und es ist für den Magen und die Nieren unschädlich. 3. Seine Wirkung kommt am sichersten zu stande bei allgemeinen Stauungswassersuchten (Vitium etc.), aber es kann auch vorteilhaft bei lokalen Stauungs- oder Entzündungswassersuchten gegeben werden, so auch bei Arteriosklerose und aus dieser Krankheit stammender Schrumpfniere; bei den übrigen Nierenkrankheiten hingegen bewirkt es keine erhebliche Diurese. 4. Um eine sichere Wirkung zu erreichen, muss es wenigstens zu 3,0 g pro die gegeben werden, am geeignetsten in Pulver, wenn es aber so Magenbeschwerden verursachen sollte, in folgender Lösung:

Rp.: Agurin. 6,0,
Aq. menth. pip. ad 200,0.
M. D. S. In 2 Tagen zu verbrauchen.

5. Die Wirkung des Agurin tritt am 2. bis 3. Tage ein und erlischt 2—3 Tage nach Aussetzen des Mittels. 6. Zu 3,0 g pro die steigert das Agurin auch bei gesunden Menschen in 2—3 Tagen die tägliche Harnmenge um 200—400 ccm, aber dieser Effekt reduziert sich in 8—10 Tagen auf ein Minimum, auch wenn das Mittel fortgesetzt wird.

Das Agurin ist nach Dr. Tauszks (Budapest) Erfahrungen ein ausgezeichnetes und rasch wirkendes Antistenocardiacum. Es macht seine beruhigende Wirkung nur bei echter zur Endarteritis sich gesellenden Stenokardie geltend; in Fällen von neurasthenischen Herzbeschwerden war es erfolglos. In Dosen von 1—2 g kann es die vehementesten stenokardischen Anfälle zum Verschwinden bringen. Zur Prophylaxis der Stenokardie ist eine tägliche Dosis von 1,0—1,5 g genügend.

Klinische Beobachtungen über Agurin (ein neues Theobrominpräparat) von Dr. Michaelis (Deutsche Ärzte-Ztg. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 2. H.). —

Digitized by Google

Klinische Erfahrungen mit Agurin von Dr. Reye (Die Heilk. 6. H. — Medico Nr. 29.) — Klinische Erfahrungen über Agurin von Dr. von Kétly (Die Heilk. 8. H. — Medico Nr. 36). — Agurin, ein neues Diureticum von Dr. Tauszk (Klin. therap. Wochenschrift Nr. 38).

Aktinomykose. Dr. Kreibich (Wien) hat bei einem Falle von Aktinomykose subkutane Injektionen von Jodipin (in Intervallen von 4—5 Tagen je 3 ccm, im ganzen 30 ccm) versucht und hierbei, wie auch in zwei anderen Fällen, vollständige Heilung erzielt. Die Haut ist nicht infiltriert, von der Unterlage abhebbar, zeigt keine Narbe. Autor meint, dass diese Erfolge dazu ermuntern, das Jodipin auch bei der Aktinomykose innerer Organe, deren Prognose bis jetzt infaust ist, anzuwenden.

Heilung von Aktinomykose durch Jodipin von Dr. Kreibich (Wien. kl. Wochenschr. Nr. 4).

Albuminurie. Wie Prof. v. Leube (Würzburg) durch eingehende Untersuchungen feststellte, lässt sich Eiweiss auch im Harn von Gesunden bei gewissen Anlässen nachweisen. Diese sind: Muskelanstrengung, aufrechte Körperstellung, Nahrungszufuhr, psychische Erregungen, kühle Bäder. Derartige Faktoren sind aber nur von Einfluss, wenn die Nieren der betreffenden gesunden Menschen zum Übertritt von Eiweiss in den Harn disponiert sind Diese individuelle Disposition erklärt sich am besten durch die Annahme einer angeborenen grösseren Durchlässigkeit der Filtrationsmembran der Niere, wofür auch das Vorkommen eklatanter physiologischer Albuminurie bei mehreren Gliedern derselben Familie spricht. Nach Ansicht v. Leubes gibt es: a) Individuen, welche unter völlig normalen Verhältnissen, auch ohne die Einwirkung jener die Albuminurie begünstigenden Faktoren (auch im Nachturin) Eiweiss im Harn entleeren — Menschen mit absolut undichtem Nierenfilter. b) Menschen mit relativ undichtem Nierenfilter, d. h. Individuen, die nur bei Einwirkung der genannten Faktoren (aufrechte Körperstellung etc.) Eiweiss mit dem Harn entleeren, während für gewöhnlich der Urin eiweissfrei ist. c) Menschen mit relativ dichtestem Nierenfilter, deren Urin unter allen Umständen eiweissfrei ist. Die Kategorie b) umfasst die Mehrzahl der Gesunden. Ein Krankheitsbild der physiologischen Albuminurie gibt es nicht. Bei der Diagnose der physiologischen Albuminurie, die besonders wichtig ist wegen der Frage, ob die betreffenden Menschen militärpflichtig sind, heiraten dürfen, in eine Lebensversicherung aufgenommen werden können u. ä., ist es notwendig, gewisse Krankheiten im voraus auszuschliessen; abklingende Nephritiden, Schrumpfnieren im Beginn der Entwickelung, wo das Eiweiss noch nicht regelmässig auftritt, und „Pubertätsalbuminurieen", die von der physiologischen Albuminurie prinzipiell abzutrennen sind. Die Pubertätsalbuminurie ist die Folge von perverser Blutbildung oder von Herzinsufficienz bei heranwachsenden Menschen mit überstürzter und protrahierter Pubertät. Die Pubertätsalbuminurien heilen vollständig ab. Die allgemein gebrauchte Bezeichnung „cyklische Albuminurie" ist ganz fallen zu lassen. Zur Differentialdiagnose schlägt v. Leube vor: Findet man bei Tage Eiweiss, so muss zuerst nach etwaiger renaler Ursache geforscht werden. Ferner ist an Cystitis und Tuberkulose der Harnwege zu denken. Aus der Quantität des Harnes und Eiweisses lässt sich nicht viel entnehmen. Auch soll aus der Art des Eiweisses kein bindender Schluss gezogen werden. Wichtig ist die Regelmässigkeit oder Unregelmässigkeit des Auftretens. Natürlich sind die direkt auf Nephritis weisenden Symptome (Herzhypertrophie, Pulsspannung etc.) in Betracht zu ziehen. Harnzylinder sind wichtig, ohne entscheidend zu sein (besonders nicht bei zentrifugierten Harnen), da sie auch nach forcierten Radtouren, Sportspielen etc. erscheinen. v. Leube rät, erst nach einem Jahr ein bindendes Urteil zu sprechen. Kommen bei körperlicher Ruhe Harnzylinder, besonders Epithelzylinder vor, so liegt immer Nephritis vor, wie Sektionen beweisen. Das Auftreten von Eiweiss im Harn ist bei Menschen mit physiologischer Albuminurie eine harmlose Erscheinung und deswegen kein Ge-

Digitized by Google

genstand der Behandlung; die Leute sollen sich wie Gesunde verhalten. Dagegen kann die Pubertätsalbuminurie, die nur vereinzelt in Nephritis übergeht, gebessert oder ganz geheilt werden, nämlich durch Verbesserung der Blutbeschaffenheit und der Herztätigkeit. Zu diesem Zwecke sind systematisch abgestufte Muskelbewegungen, Mechanotherapie. Terrainkuren in waldiger Gegend, Hydrotherapie, Eisenpräparate besonders empfehlenswert.

Prof. v. Leube über physiologische Albuminurie auf der Naturforscherversammlung zu Karlsbad (Med. Woche Nr. 42).

Alkohol und Alkoholismus. Prof. Kassowitz (Wien) ist ein Gegner der Ansicht, dass der Alkohol ein Nährstoff ist. Instruktive Versuche des Physiologen Chauveau haben gezeigt, dass der Alkohol ausser stande ist, den Zucker als Nahrungsstoff zu ersetzen, dass er im Gegenteil durch Zersetzung des lebenden und arbeitsfähigen Protoplasmas an dem Körper der Versuchstiere zehrt. Der Alkohol nimmt also keine singuläre Ausnahmestellung ein, er wirkt nicht zugleich nährend und giftig, sondern er greift die lebende Substanz des Körpers an und wirkt dadurch noch besonders verhängnisvoll, dass er, wie alle narkotischen Stoffe, eine besondere Affinität zum Protoplasma der Nervenelemente besitzt und dabei ausser der Schädigung der Einzelorgane auch noch die Leistungsfähigkeit des Gesamtorganismus durch seine lähmende Wirkung auf das Nervensystem herabsetzt.

Dr. Frick (Zürich) fasst die Vorteile der Behandlung Fiebernder ohne Alkohol in folgendem zusammen: viel weniger Delirien, viel weniger Schwierigkeiten mit der Ernährung und wesentlich abgekürzte Rekonvalescenz. Kollaps kommt dabei viel seltener vor, die Mortalitätsverhältnisse sind wesentlich günstiger, als wenn die Patienten Alkohol bekommen. Besonders schädlich wirkt der Alkohol bei solchen fieberhaften Krankheiten, die das Herz schädigen, wie die Diphtherie oder die die Anforderungen an das Herz steigern, wie die Lungenentzündung. Auch bei Blutvergiftungen und Puerperalfieber ist ein Nutzen des Alkohols nicht nachgewiesen. Beim Scharlach liegt ein Hauptgrund zur Verwerfung des Alkohols darin, dass der Alkohol notorisch die Nieren schädigt.

Dr. Gerwin (Grenzhausen) vertritt die Ansicht, dass der Alkohol beim Delirium tremens nicht anzuwenden sei. Bei dieser Krankheit kommt es hauptsächlich auf die Erhaltung der Herztätigkeit an. Diesem Zwecke dienen Kampfer und Digitalis. Reichliche Ernährung ist vor allem anzustreben. Die Erregung und die Schlaflosigkeit bekämpft man am besten mit Morphium oder Chloralhydrat oder beiden, je nachdem, eventuell in Verbindung mit Kampfer.

Bezüglich der Wirkung der Alkoholverbände ist Dr. Salzwedel (Berlin) der Meinung, dass auch eine desinfizierende Wirkung durch unter die Haut gedrungenen Alkohol stattfinde, nebst der hervorgerufenen Hyperämie und der grösseren Blutdurchströmung des betreffenden Teiles. Deshalb müssen die Verbände gross, locker und nur feucht, nicht nass sein, damit der Alkohol reichlich verdampft und das Epithel nicht verdichtet wird. Sie müssen dauernd liegen und dürfen nicht z. B. nur über Nacht angelegt werden. War die Haut sehr nass durch hydropathische oder besonders durch essigsaure Tonerde-Umschläge, so tritt Schmerz auf. Man muss die Haut erst trocken werden lassen und sie dick mit Wismut bestreuen. Die Verwendung der Spiritusverbände ist ausser bei Phlegmonen u. s. w. auch bei Gelenkentzündungen und Tripperrheumatismus empfehlenswert. Salzwedel teilt auch einen Fall von Heilung einer tuberkulösen Handgelenksentzündung mit, bei der die Erkrankung bis auf einen leicht auskratzbaren Herd im Hakenbein eingeengt wurde. Diese Verbände werden mit rektifiziertem Spiritus angelegt. Wundverbände legt Salzwedel lieber mit 50 % Spiritus an, der aber auch verdunsten können muss. Er hat auf diese Weise eine entzündliche diabetische Nagelbettgangrän zur völligen Heilung gebracht. Er empfiehlt die Verbände hauptsächlich den Chirurgen kleinerer Krankenhäuser und den praktischen Ärzten.

Digitized by Google

Prof. Kassowitz über Nahrung und Gift auf der Naturforscherversammlung zu Karlsbad (Zeitschr. f. Diät. u. phys. Ther. 6. Bd. 8. H.). — Dr. Frick über die Behandlung fieberhafter Krankheiten ohne Alkohol ebendaselbst (Ebendaselbst). -- Ein Beitrag zur Behandlung des Delirium tremens von Dr. Gerwin (Ärztl. Praxis Nr. 7). — Dr. Salzwedel über die Verwendung des Spiritus für chirurgische Zwecke auf der Naturforscherversammlung zu Karlsbad (Med. Woche Nr. 49).

Alopecia areata. Dr. Bialobschesky hat bei der Area Celsi günstige Resultate nach innerlichem Gebrauch einer Mischung von Phosphor und Arsen beobachtet. Er wandte folgende Formel an:

Phosphori	0,06
Solve in:	
Olei olivar. q. s.	
Adde:	
Acidi arsenicosi	0,10
Extr. et pulv. liquirit q. s.	

F. pilul. No. CXX collodio obduct.
DS. Täglich 1—4 Pillen zu nehmen.

Diese Pillen werden 2—3 Monate lang gebraucht mit mehreren Unterbrechungen für eine Woche. Die Bildung neuer Alopecieherde zessiere nach einem Monat und das Wiederwachsen der Haare begann bald nachher.

Der Phosphor bei der Behandlung der Alopecia areata von Dr. Bialobschesky (Mediz. Obosr. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 35).

Amputationen. In der Gesellschaft der Ärzte zu Wien stellte Prof. v. Eiselsberg einen Mann vor, bei welchem eine Unterschenkelamputation nach Bier gemacht wurde, und teilt mit, dass er mit dieser Methode in Königsberg schon 25 Amputationen ausführte, von welchen 22 ausgezeichnet tragfähige Stümpfe lieferten. Sein dortiger Assistent, Dr. Bunge, habe das Verfahren noch vereinfacht, so dass wir für derlei Amputationen jetzt zwei brauchbare Methoden haben. Bier macht nach der Narkose und Anlegung der Esmarchschen Binde einen inneren Schnitt in Form eines Halbbogens, klappt die Haut zurück, bildet sodann von der Tibia eine kleine Decke, amputiert deren Rest und schlägt die kleine knöcherne Decke herunter, so dass die Tibia allein oder auch die Fibula von unten gedeckt sind. Bunge macht dagegen einen Lappenschnitt, schneidet das Periost in der Höhe der Durchsägung, das Knochenmark etwas höher auf etwa 5 mm durch, bildet also einen Knochen-Periostlappen, und erzielte in sechs Fällen ebenfalls einen völlig tragfähigen Stumpf. Geh- resp. Stehversuche in einer festen Hülse, welche leicht anzufertigen ist, müssen sehr früh angestellt werden.

Dr. Honsell berichtet über die guten Resultate, die an der Tübinger Klinik mit dem Verfahren von Bruns bei Amputationen erzielt wurden, unter möglichst ausgedehnter Erhaltung des Periostes. Es wird ein grösserer vorderer und ein kleinerer hinterer Lappen gebildet. Es hat bis jetzt kein Grund vorgelegen, von diesem Verfahren trotz des vorzüglichen Bierschen Verfahrens abzuweichen.

Prof. v. Eiselsberg über Unterschenkelamputation in der Gesellschaft der Ärzte in Wien (Münch. med. Wochenschr. Nr. 11). — Dr. Honsell über die Tragfähigkeit von Amputationsstümpfen auf dem deutschen Chirurgenkongresse zu Berlin (Med. Woche Nr. 16).

Anämie und Chlorose. Bekanntlich können chronisch entzündliche oder atrophische Prozesse im Magen und Darm als Ursache schwerer Blutveränderungen auftreten und das Krankheitsbild der perniciösen Anämie hervorrufen. Dr. Perutz (Heidelberg) berichtet über einen einschlägigen Fall aus der Praxis von Prof. Fleiner. An dem 3jährigen Patienten waren Blässe, Hinfälligkeit, Anfälle von Herzschwäche, Herabsetzung des Hämoglobingehaltes und Poikilocytose zu konstatieren, von seiten der Verdauungsorgane: Erbrechen, Übelkeit, Appetitlosigkeit, Durchfall wechselnd mit Obstipation. Die öfters vorgenommene Untersuchung des Mageninhaltes ergab jedesmal Fehlen der Salzsäure und des Pepsins, was auf atrophische Prozesse der Magenschleimhaut deutete; ausserdem sprach die Beschaffenheit der Stühle für Störungen im Darm. Es war deswegen von vornherein wahrscheinlich, dass die schwere Anämie durch die Magendarmerkrankung bedingt war. Dementsprechend wurde die Behandlung gewählt; regelmässige Magen- und Darmspülungen.

Digitized by Google

ausserdem wurden Salzbrunner Oberbrunnen und kleine Dosen Salzsäure in Wasser als Stomachica längere Zeit genommen. Eine Zeitlang, als der Kranke nur schwer bewogen werden konnte, Nahrung zu sich zu nehmen, wurde eine Mischung von Hafergrütze mit Ei durch die Sonde eingegossen. Durch die Darmspülungen wurde der Darm von den zersetzten Massen befreit, eine weitere Resorption schädlicher Produkte vermieden und durch Ausschaltung dieser die Peristaltik häufig anregenden Reize eine bessere Ausnützung der eingeführten Nahrung angestrebt. Es gelang dadurch, die Durchfälle zu beseitigen und den Indikangehalt des Urins zu vermindern. Sonst war die Behandlung eine rein diätetische. Der Milch, der Hafergrütze und den schleimigen Suppen wurden später weisses Fleisch, Breie, leichte Mehlspeisen hinzugefügt; im allgemeinen wurden im Anfang die Kohlehydrate bevorzugt, daneben Fett als Rahm und Butter gereicht; erst als der Widerwille gegen Fleisch nachliess, wurde es in grösseren Quantitäten gegeben. Um den sehr darniederliegenden Appetit anzuregen, wurden pikante Delikatessen (Hering, Anchovis) in kleineren Mengen der Hauptmahlzeit vorausgeschickt; auch Liebigs Fleischextrakt, $^1/_2$ Teelöffel in warmem Wasser verrührt und kurz vor dem Essen genommen, tat gute Dienste. Ganz zuletzt wurde auch Ferratin zusammen mit Arsen und Chinin verordnet. Dank dieser Behandlung wurde eine der Heilung nahekommende Besserung erzielt.

Dr. Brown empfiehlt die Transfusion als Mittel gegen den Shock, namentlich in solchen Fällen, in denen starker Blutverlust zur Entkräftung der Kranken geführt hat. In mehreren Fällen hat Autor folgendes Verfahren angewendet und bewährt gefunden: Sobald der Kranke narkotisiert ist, eröffnet ein vorher damit beauftragter Assistent eine Vene und beginnt mit der Transfusion. Diese geht allmählich vor sich, gleichzeitig mit der Hauptoperation. Die Menge der zu transfundierenden Salzlösung richtet sich nach dem Zustande des Pulses und nach dem Blutverluste. Dieses Verfahren bietet wesentliche Vorteile: Jeder Blutverlust kann sofort ersetzt werden, jede Überstürzung bei der Transfusion wird vermieden, so dass die Asepsis gewährleistet ist und Lufteintritt in die Vene ausgeschlossen werden kann. Die Transfusion wird auf diese Weise, wenn alles von vornherein vorbereitet ist, weit bessere Resultate geben, als wenn die zur Transfusion nötigen Instrumente erst im letzten Augenblicke, beim Eintritt bedrohlicher Erscheinungen zusammengesucht werden müssen. Oft genug kommt in solchen Fällen, von Mängeln der Technik abgesehen, die Transfusion zu spät. Verfasser empfiehlt diese seine Methode auch für Operationen in der Privatpraxis in der Behausung der Kranken.

Prof. Jacobi (New-York) empfiehlt für alle Formen der Chlorose, die schweren sowohl wie die leichten, einen Zusatz von Digitalis zu dem verordneten Eisenpräparate. Dieselbe beeinflusse in günstiger Weise die Zirkulation und verbessere dadurch die Ernährung im allgemeinen und insbesondere die des Herzens.

Ein Beitrag zur Behandlung schwerer Anämie gastrointestinalen Ursprungs von Dr. Perutz (Münch. med. Wochenschr. Nr. 3). — Das Verhüten des Shocks bei langdauernden Operationen von Dr. Brown (Brit. med. Journ. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 24). — Die protrahierte Anwendung der Digitalis von Prof. Jacobi (Med. News. 1. Heft).

Anästhesin. Anästhesin, ein neues Anästhetikum, ist der von Ritsert dargestellte Athylester der Para-Amidobenzoesäure. Es bildet ein weisses Pulver, das auf Schleimhäuten ein taubes Gefühl erzeugt, ohne im geringsten zu ätzen. In Wasser ist es kaum löslich. Es ist ungiftig. Über Versuche mit diesem Mittel berichtet Dr. Dunker (Dt. Eylau). Das 1%ige salzsaure Salz erzeugt nach Autor bei der subkutanen, resp. intrakutanen Einspritzung ein unangenehmes Brennen; aber in einer wesentlich schwächeren Lösung, z. B. von 0,25%, erwies es sich als ein wirksames anästhesierendes Mittel; durch Zusatz von etwas Kochsalz wurde diese Wirkung noch weiter verstärkt und durch Hinzufügen von ganz geringen Mengen Morphium wurde die Anästhesie noch mehr vervollkommnet. Die Lösungen, welche Dunker benutzte, hatten folgende Zusammensetzung:

Digitized by Google

Anaesthesin. hydrochlor.	0,25
Natr. chlorat.	0,15
Morph. hydrochlorici	0,015
Aq. dest.	100,00

Die Einspritzung wurde mit einer Pravazschen Spritze mit ganz dünnem Ansatz gemacht, und intrakutan bis zur Erzeugung einer weissen, quaddelartigen Erhebung der Haut in der ganzen Ausdehnung des zu operierenden Teiles; je nach dem Fortgang der Operation schlossen sich weitere Einspritzungen in die tieferen Gewebsschichten an. Dunker hat das Anästhesin bei einigen kleineren Hautoperationen als Anästhetikum mit Erfolg benutzt, z. B. bei einer Phimosenoperation, bei der Exstirpation eines mittelgrossen Atheroms im Gesicht etc. Die Empfindung und Schmerzhaftigkeit wurde durch das Mittel völlig ausgeschaltet. Ein Vorzug des Anästhesins ist, dass es sich sterilisieren lässt.

In der v. Mikuliczschen Klinik stellte Dr. Lengemann (Breslau) Versuche mit dem Mittel an. Dasselbe bewährte sich, als Streupulver appliziert, zum Unempfindlichmachen von Granulationsflächen (wo eine Lapistouchierung vorgenommen wurde), bei schmerzhaften Verbrennungen und bei ulzerierten Carcinomen; irgend ungünstige Einwirkung auf die Granulationen wurde nicht beobachtet, auch keine Reizung. Zur vollen Entfaltung der schmerzstillenden Wirkung sind übrigens einige Minuten nötig.

Über günstige Erfolge, die mit dem Mittel bei schmerzhaften granulierenden Flächen, bei tuberkulösen Geschwüren, bei Stomatitis ulcerosa erzielt wurden, berichtet Dr. Hartmann (Kassel).

Auch Dr. Spiess (Frankfurt a. M.) lobt das Anästhesin, dessen gute Wirkung er beim Keuchhusten und Schnupfen (mittelst des Pulverbläsers appliziert), nach operativen Eingriffen an den Gaumenmandeln und der Rachenmandel und bei Operationen am Kehlkopfe zu beobachten Gelegenheit hatte.

Prof. v. Noorden wandte das Anästhesin per os in Pulverform (2—3 mal täglich 0,3—0,5 g) bei Hyperästhesie des Magens (Brechreiz etc.) an; es waren dies meist Fälle von nervöser Dyspepsie, einige Male auch Ulcus ventriculi; die Wirkung war den sonst angewandten Medikamenten teils gleichwertig, teils überlegen; v. Noorden empfiehlt das Pulver 10—15 Minuten vor der Nahrungsaufnahme zu geben. Ferner wurde das Anästhesin in Form von Trochisci bei Hustenreiz und Schlingbeschwerden, soweit diese vom Pharynx und vom Kehlkopfeingang ausgelöst wurden, nach Art der Anginapastillen verwendet. Es erfüllte hier seinen Zweck vollständig, indem der quälende Reiz beseitigt wurde. Auch zur Bekämpfung der Hyperästhesie des Kehlkopfinnern erwies sich das Mittel sehr geeignet; hier wurden Inhalationen einer mit Wasser verdünnten 10%igen Gummi-Tragakanth-Emulsion gemacht, ferner einer 3%igen Lösung von Anästhesin in 45 Teilen Alkohol. abs. und 55 Teilen Wasser, endlich Bestäubung des Kehlkopfes mit Anästhesin mittelst des Kabierskeschen Zerstäubers. Als Suppositorium (0,2—0,5 g auf 2 Butyr. Kakao) versuchte v. Noorden das Anästhesin bei Tenesmus und bei schmerzhaften Hämorrhoidalknoten; bei Tenesmus bewährte es sich nicht, dagegen sehr bei schmerzhafter Schwellung von Hämorrhoidalknoten. Als Stäbchen (0,3 auf einen Bacillus) wurde das Medikament in drei Fällen von Blasenzwang in die weibliche Harnröhre eingeführt. Der Erfolg war in allen drei Fällen ein vollkommener. Glänzende Erfolge hatte das Anästhesin bei gewissen Formen von Pruritis, insbesondere erwies es sich gegen den Pruritus vulvae in Fällen von Diabetes mellitus wirksam (Salben mit Adeps lanae 10%). Es waren Fälle, wo alle anderen Mittel mehr oder weniger versagt hatten; in allen diesen Fällen brachte die Anästhesinsalbe rasche Besserung und in weiterer Folge völlige Heilung des Pruritus. Auch auf chronische Juckekzeme und frischen Intertrigo hatte das Anästhesin einen sehr günstigen Einfluss. Schliesslich wurde auch bei anderen Formen des Pruritus (Ikterus, Nephritis, seniler Pruritus) die Anästhesinsalbe einige Male mit Erfolg angewendet. In zwei Fällen versagte allerdings die Salbe.

Über Anästhesin von Dr. Dunbar (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 20). — Anästhesin in der Wundbehandlung von Dr. Lengemann (Zentralbl.

Digitized by Google

f. Chir. Nr. 22). — Die Anwendung des Anästhesins in der chirurgischen Praxis von Dr. Hartmann (Ther. d. Gegenw. 10. H.). — Anästhesin, vom Gesichtspunkte der Heilwirkung der Anästhetika von Dr. Spiess (Münch. med. Wochenschr. Nr. 39). — Über Anästhesin von Prof. v. Noorden (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 17).

Aneurysmen. Dr. Werschinin (Tomsk) behandelte fünf Aneurysmakranke mit subkutanen Gelatineinjektionen und gelangt in bezug auf dieses Verfahren zu folgenden Schlüssen: Die Behandlung der Aneurysmen mit subkutanen Gelatineinjektionen hat in vielen Fällen ausgezeichnete Dienste geleistet. Diese Methode ist die einzige, welche im stande ist, die Beschwerden des Kranken zu verringern und sein Leben zu verlängern. Wenn ihr auch keine spezifische Heilwirkung beigemessen werden darf, so verdient sie doch, viel häufiger angewandt zu werden, als es bis jetzt geschieht. Zu beachten sind folgende Momente: 1. Die subkutanen Gelatineinjektionen sind nur in Fällen von sackförmigem Aneurysma wirksam und zwar in solchen, bei denen keine ernste Komplikationen und Erkrankungen anderweitiger lebenswichtiger Organe vorhanden sind. Im anderen Falle ist die in Rede stehende Behandlungsweise nicht im stande, den Krankheitsprozess zu beeinflussen. 2. Die Gelatineinjektionen müssen daher möglichst frühzeitig begonnen werden, solange die übrigen Organe in ihrer Funktion noch nicht gestört sind. In keinem Falle darf die Methode — wie es einige Autoren wollen — als ultimum refugium betrachtet werden. 3. Die Behandlung mit Gelatineinjektionen muss längere Zeit hindurch fortgesetzt werden. Die Zahl der zu machenden Injektionen hängt von dem Fortschritte in der Besserung des Krankheitszustandes ab. Ratsam ist es, die Behandlung einige Male zu wiederholen. 4. Konzentration und Menge der jedesmal zu injizierenden Gelatinelösung ist individuell verschieden. 5. Die Injektion muss langsam, ohne jegliche Kraftanwendung und — was wohl selbstverständlich ist — unter Beobachtung aller aseptischen Kautelen geschehen.

Dr. Halpern (Warschau) machte bei zwei Kranken mit Aortenaneurysmen Injektionen mit 2% Gelatinelösungen von 100—200 ccm, ohne damit irgend eine Besserung oder einen Stillstand der Krankheit zu erzielen.

Dr. Jacobsthal berichtet aus der chirurgischen Klinik in Göttingen über einen operativ behandelten Fall von Aneurysma der Aorta anonyma. Es wurden die rechte Carotis und Subclavia gleichzeitig unterbunden. Ein Nachlass des Wachstums der Geschwulst trat nicht ein. Der Patient starb 51 Tage post operationem an zunehmender Schwäche. Keine Sektion. Aus der Zeit nach der letzten grossen Statistik durch Poivet hat Verfasser 28 operativ behandelte Fälle zusammengestellt, von denen 18 die gleichzeitige Unterbindung der rechten Carotis und Subclavia betrafen. 5 Todesfälle, 13 Besserungen, keine Heilung, 10 ungebessert. Bei Poivet finden sich 7 Heilungen, von denen drei anatomisch sichergestellt sind. Zum Vergleich hat dann Jacobsthal 28 mit internen Mitteln behandelte Fälle zusammengestellt (Einführung von Stahlnadeln, Filipunktur, subkutane Gelatineinjektionen, indifferente Behandlung). Von diesen ist einer (Filipunktur) geheilt, 15 gebessert. Die Resultate sind also im wesentlichen die gleichen wie die der operativen Behandlung. Vielleicht sind der Operation mehr schwere Fälle unterworfen. Dreimal wurden infolge der Carotisunterbindung Gehirnstörungen beobachtet, zweimal mit tötlichem Ausgang.

Prof. v. Bergmann (Berlin) hat in drei Fällen von traumatischem arteriell-venösem Aneurysma durch Exstirpation des Sackes, doppelte Unterbindung und Durchschneidung von Arterie und Vene Heilung erzielt.

Auch Dr. Treves machte mit vollständigem Erfolge in vier Fällen von traumatischen Aneurysmen die Ligatur mit nachfolgender Exstirpation des Sackes.

Dr. Birt berichtet über sechs Fälle von traumatischen Aneurysmen nach Schusswunden, sowohl der oberen als auch der unteren Extremität, welche im Verlaufe des Transvaalkrieges in seine Behandlung gekommen waren. Er ligierte, da im Felde eine so eingreifende Opera-

Digitized by Google

tion, wie die Exstirpation des Aneurysmas, ihm nicht ausführbar schien, die Extremitäten vielfach schon in schlechtem Zustande waren, bloss das zentrale Arterienende mit vorzüglichem Erfolg in allen Fällen. Die Operationen wurden unter verhältnismässig ungünstigen Verhältnissen ausgeführt.

Behandlung des Aorten-Aneurysmas mit subkutanen Gelatineinjektionen vom Dr. Werschinin (Arch. Pathol. — Ther. d. Gegenw. 8. H.). — Zur Frage über die Behandlung der Aortenaneurysmen mit subkutanen Gelatineinjektionen v. Dr. Halpern (Zeitschr. f. klin. Med. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 41). — Beiträge zur Statistik der operativ behandelten Aneurysmen von Dr. Jacobsthal (Deutsch. Zeitschr. f. Chir. 63. Bd. 5. u. 6. H.) Prof. v. Bergmann über die Behandlung der traumatischen arteriell-venösen Aneurysmas in der Berliner medizinischen Gesellschaft (Münch. med. Wochenschr. Nr. 46). — Über Behandlung der Aneurysmen durch Ligatur des zentralen Arterienendes von Dr. Birt (Philadelphia med. Journ. — Med. Blätter Nr. 15.). — Über die chirurgische Behandlung des Aneurysma arterio-venosum von Dr. Treves (Brit. med. Journ. — Med. Blätter Nr. 22).

Angina pectoris. Die Mittel, welche gegen die Angina pectoris gebraucht werden, lassen sich nach Dr. Breuer (Wien) in zwei Gruppen teilen. Die erste Gruppe umfasst diejenigen Mittel, welche im Anfalle angewendet werden, also in erster Reihe Narkotika, vor allem das Morphium. Das Morphium darf im schweren stenokardischen Anfall nicht entbehrt werden. In den hier in Betracht kommenden Dosen von 0,01—0,02 ist es sicher kein Herzgift. Wenn Patienten im stenokardischen Anfall nach einer Morphiuminjektion sterben, so sterben sie an der Blutleere ihres Herzens, nicht am Morphium, vielleicht sogar trotz des Morphiums. Daneben kommen rasch wirkende Nitrite, Amylnitrit, Nitroglycerin und Herzstimulantien. Diese bekämpfen bloss die begleitende Herzschwäche, sind jedoch gegen den Schmerz, die Präkordialangst, gegen die Dauer des Anfalles wirkungslos. Die zweite Gruppe von Arzneimitteln soll neben den allgemeinen Vorschriften (Vermeidung körperlicher Anstrengungen, psychischer Erregungen, diätetische Massnahmen) dazu dienen, die Anfälle zu verhüten. Hier werden gewöhnlich die langsamer wirkenden Nitrite, Natr. nitrosum, Erythroltetranitrit, Nitroglycerin, ferner Jodalkalien verwendet. Vor mehreren Jahren hat Askanazy auf das Theobromin in Form des Diuretins als Antianginosum aufmerksam gemacht, hat jedoch nur geringe Beachtung gefunden. Verfasser hat die Wirkung dieses Mittels nachgeprüft und bestätigt auf Grund fünfjähriger Erfahrungen durchaus die Angaben Askanazys. Seine spezifisch antiasthmatische Wirkung zeigt es jedoch nur gegenüber den Anfällen von Asthma cardiale der Nephritiker und Arteriosklerotiker, seine eigentliche Domäne aber ist die Angina pectoris vera der Koronar- und Aortasklerose. Zur Kupierung des Anfalles ist es unverwendbar, da es zu langsam resorbiert wird und zu spät wirkt, dagegen wirkt es prophylaktisch meist sicherer als die Nitrite, zum mindesten drückt es die Zahl und Heftigkeit der Anfälle bedeutend herab, oft aber beseitigt das Mittel die Anfälle vollkommen, manchmal in beinahe wunderbarer Weise. Es wirkt jedoch in der Regel nur so lange, als es genommen wird; nach dem Aussetzen stellen sich die Anfälle wieder ein. Nur ausnahmsweise wirkt es auf Tage, bis einige Wochen nach. Es wurde Diuretin (Theobromin. natr. acetic.), ferner Theobrominum natriobenzoicum, Uropherin (Theobr. lith. salicylic.), Agurin, (Theobromin. natr. acetic.) und reines Theobromin versucht. Am häufigsten verwendete Verfasser das Diuretin, welches auch die verlässlichsten Resultate gibt, in der Tagesdosis von 3,0—3,5 anfänglich, nach erzieltem Erfolge 2—2,5, in der gewöhnlichen Verordnung als Lösung oder Pulver. Sehr wesentlich ist es, die Tagesdosis gleichmässig über 24 Stunden zu verteilen, da manche Kranke, wenn sie über Nacht ohne Medikament bleiben, nächtliche Anfälle erleiden.

Bei der myogenen Pseudostenokardie sieht man nach Prof. Rosenbach (Berlin) folgendes Symptomenbild. Bei ganz gesunden, kräftigen Personen, namentlich bei Männern, stellt sich entweder nach grossen Muskelanstrengungen. oder nach einer Erkältung sehr häufig nach längerem Verweilen in gebückter Haltung, beim Schreiben, Zeichnen etc., auch nach reichlichen Mahlzeiten, zumal

Digitized by Google

wenn ein gewisser Grad von Stuhlverstopfung vorhanden ist, ein Zustand heftigster Beklemmung ein, der jede stärkere Muskelanstrengung zu einer wahren Qual macht. In einer Reihe von Fällen scheint auch eine durch festen Schlaf herbeigeführte abnorme andauernde Spannung der Körpermuskulatur die Veranlassung für die Erkrankung zu sein; denn die ersten Erscheinungen zeigen sich, ähnlich wie bei der myopathischen Migräne und Kardialgie, beim Erwachen am frühen Morgen, oder schon während der Nacht. Es besteht auffallender spontaner Schmerz und Druckschmerz am Processus xiphoideus und an den angrenzenden Partieen der Brust, sowie starke Schmerzhaftigkeit unterhalb beider Rippenbögen. Bisweilen ist auch Druck auf die oberen und seitlichen Partieen der Bauchmuskeln sehr schmerzhaft, und auch bei tiefer Palpation der Muskulatur an den unteren und seitlichen Thoraxpartieen, sowie innerhalb der Interkostalräume und bei Druck auf gewisse Teile der Rippen werden schmerzhafte Sensationen ausgelöst. Druckschmerz im Gebiete der Halsmuskulatur ist häufiger, als am Rücken. Oft klagen die Patienten über dumpfen Druck entlang der dorsalen Fläche des Brustbeins, der sich beim Gehen zu einem unerträglichen Gefühl von Beklemmung steigert, das zum Stehenbleiben zwingt. Diese Druck- und Schmerzempfindungen nötigen die Patienten, tiefe Inspirationen möglichst zurückzuhalten, da so die Beschwerden etwas gelindert werden; doch vermehren natürlich die sich ab und zu einschiebenden tiefen seufzenden Einatmungen sie wieder beträchtlich. Im allgemeinen ist die Atmung sehr flach und frequent im Gegensatz zum wahren stenokardischen Anfall. Nach dem Stuhlgange tritt nicht, wie bei Angina vera Erleichterung ein, wohl aber wird dies temporär durch den Abgang von Flatus bewirkt. Sehr lästig ist den Patienten auch ein häufiger Drang zum Gähnen, der beim organischen Asthma, resp. bei Stenocordia vera nie beobachtet wird. Der geschilderte Zustand kann Stunden, Tage, ja selbst Wochen lang anhalten und führt nicht selten zu melancholischen und Depressionszuständen. Der Verlauf des Leidens ist durchaus günstig; denn meistens bleibt eine Herz- oder Gefässerkrankung aus. Viele der in Betracht kommenden Patienten sind Neurastheniker. Die Diagnose ist nicht immer leicht. Bedeutungsvoll ist, dass Pulsverlangsamung stets, Arhythmie — ausser bei sehr unregelmässiger Atmung — immer fehlt, und dass auch Tachykardie relativ selten ist, ausser dort, wo grosse, psychisch bedingte Angst besteht. Besonders charakteristisch ist die flache, beschleunigte Atmung und das Bestreben, die sich oft spontan einstellenden tiefen, seufzenden Inspirationen zu hemmen. Wichtig für die Diagnose sind auch die therapeutischen Einwirkungen. Nach Anwendung des Induktionsstromes verschwinden die Beschwerden oft zauberhaft schnell. Wirken die Antirheumatica schnell und günstig auf den Anfall, so kann man mit Sicherheit auf die myogene Natur der Angina rechnen.

Zur Therapie und Pathogenese der Stenokardie und verwandter Zustände von Dr. Breuer (Münch. med. Wochenschrift Nr. 39–41). — Über myogene Pseudostenokardie von Prof. Rosenbach (Ther. d. Gegenw. 2. H. — Ärztl. Praxis Nr. 8.)

Antiarin. Dr. Rümke studierte die Wirkung minimaler Dosen von Antiarin, dem bekannten ostindischen Pfeilgifte aus dem Milchsafte von Antiaris toxicaria, bei Rana esculenta und fand, dass das Mittel zu Unrecht unter die Kardiotonika gezählt wird. Es bewirkt bei Rana in sehr kleinen Quantitäten, am besten bei einer Verdünnung von 1 : 700,000, einen Pulsus alternans. Diese eigenartige Allorhythmie beruht vorwiegend auf Verminderung der Kontraktilität und Abnahme des Leitungsvermögens des Herzmuskels.

Die Wirkung von Antiarin auf das Herz von Dr. Rümke (Weekbl. v. h. Nederl. Tijdschr. Nr. 15).

Antipyrese. Von der Idee ausgehend, dass die im Verlaufe von Infektionskrankheiten gebildeten agglutinierenden Substanzen im Blute ein für den Organismus nützliches, für seinen Kampf mit der Infektion wesentliches Element bilden, dass eine Erhöhung der Agglutinationsfähigkeit gleichbedeutend mit einer günstigen Beeinflussung des Organismus

Digitized by Google

ist, und therapeutische Massnahmen nach diesem Gesichtspunkte beurteilt werden können, untersuchte Dr. Beniasch an Prof. Trütschels Hospitalklinik zu Kiew die Beeinflussung der Agglutinationskraft nach Darreichung von Antipyreticis. Als fieberherabsetzendes Mittel bewährte sich am besten das Pyramidon. Eine Verminderung der Agglutinationskraft liess sich durch Antipyrese nicht erzielen, in einer Reihe von Fällen trat sogar eine Steigerung ein. Zwischen Fiebertemperatur und Agglutinationskraft besteht kein direkter Zusammenhang. Eine heilsame Rolle und teleologische Bedeutung des Fiebers erkennt Verfasser überhaupt nicht an und unterzieht die diesbezüglichen Versuche einer eingehenden Kritik. Dementsprechend hält er auch die eine antipyretische Therapie ablehnende Haltung vieler moderner Kliniker für ungerechtfertigt.

Über den Einfluss der Antipyrese auf die Agglutinationskraft des Blutes beim Abdominaltyphus von Dr. Beniasch (Zeitschr. f. klin. Med. — Münch. med. Wochenschrift. Nr. 17).

Antiseptik, Aseptik und Desinfektion. In einer unter v. Mikuliczs und Flügges Leitung entstandenen Arbeit hat Dr. Heile (Breslau) durch Tierversuche festgestellt, dass die Infektion nach dem Operieren mit Handschuhen geringer ist als ohne Handschuhe, dass also die Handschuhe einen Teil der Bakterien zurückhalten. Untersuchungen des Keimgehaltes der Luft ergaben, dass sich die Keimzahlen um das 4—5 fache in der durch die Anwesenheit vieler Menschen erregten Luft vergrösserten, gegenüber der durch eine möglichst steril angezogene Person auf das kräftigste künstlich erregten Luft. Es zeigte sich also, dass, wenn auch ein beträchtlicher Teil der Keime im Raume schon vorhanden war, doch die meisten Keime durch die Menschen hineingetragen wurden. Der grösste Keimgehalt der Luft fand sich nach dem Wechseln von eingetrockneten Verbänden, während bei ganz feuchten Verbänden überhaupt kein Ablösen von Bakterien nachzuweisen war.

Dr. Wenzel (Bonn), der schon lange das Bedürfnis fühlte, die Mikuliczsche Mundmaske, Operationsmütze und Bartschutz in einem Stück zu vereinigen, empfiehlt, da er unter ersterer häufig das Gefühl von Luftmangel und Beklemmung konstatierte, als einfach und sehr bequem, dabei billig, den sog. Operationsschleier, d. h. ein starkes, ca. 80 cm langes, 50 cm breites Mullgazestück von dreifacher Lage, in dessen Mitte für die Augen ein 20 cm langer Einschnitt gemacht wird und bei welchem an den Enden des Augenausschnittes mit wenigen Stichen zwei Leinenbänder befestigt werden, die, am Hinterkopf geknotet, dazu dienen, den Schleier in seiner Lage zu erhalten. Nach vollendeter Händedesinfektion wird der in einem Handtuch sterilisierte Schleier dem Tuch entnommen, entfaltet und die Knoten in situ befestigt; er hängt dann vorne und hinten, in der Mitte des Nasenrückens aufliegend, herunter und wird dieser Teil zum Einschlagen des Vollbartes benutzt und das Ende in den Halsteil des Mantels gesteckt resp. von diesem das freie Schleierende tabaksbeutelschnurähnlich umfasst. Es wird so der Nachteil der Mütze, dass der Kopf in heisser Jahreszeit leicht darunter schwitzt, vermieden und werden die eventuell von Haar, Bart und Mund des an der Operation Beteiligten (zumal bei gegenseitigen Zusammenstössen und Husten etc.) frei werdenden Keime unschädlich gemacht. Wenzel glaubt, dass jeder Operateur, der diese Kopf- und Gesichtsverhüllung erprobt, d. h. sich von der Bequemlichkeit und geringen Belästigung durch dieselbe überzeugt hat, sie nicht wieder wird missen wollen.

Der Shock ist nach Dr. Purcks (Chicago) Meinung oft nur der Ausdruck einer Infektion, in vielen Fällen ein das Umsichgreifen der Infektion begünstigendes Moment. Alle Methoden zur Sterilisierung des Operationsfeldes und des Operateurs sind nicht völlig ausreichend. Als ein gutes Hilfsmittel zur Vermeidung von Infektion bei Laparotomien empfiehlt sich die Anwendung von Kautschukkompressen, die sich der Haut eng anlegen. Durch Öffnungen in denselben werden der Magen oder Darmteile hervorgezogen und so Operationen an denselben ausserhalb der Bauchhöhle vor sich

Digitized by Google

genommen. Ein sehr wirksames Mittel gegen das Zustandekommen des Shocks sieht Verfasser in der Applikation von Wärme während der Operation. Die äussere Wärmeanwendung ist ungenügend, sehr vorteilhaft dagegen die Einführung von Gummikissen, welche sterilisiert, mit sterilem Wasser von ca. 50° gefüllt sind und mit Kompressen umhüllt auf oder unter die Därme gelegt werden. Solche besonders konstruierte Wärmepolster in Verbindung mit einer doppelläufigen Sonde eignen sich auch zur Einführung in den Magen. Zahlreiche Tierexperimente ergaben, dass bei diesem Verfahren nicht nur der Shock vermieden wurde, sondern auch eine künstlich gesetzte Infektion wirkungslos blieb. Auch bei der Anwendung am Menschen erzielte Verfasser gute Erfolge und zwar auch zur Bekämpfung eines bereits eingetretenen Shockes oder Kollapses.

Da die Hand des Operateurs allen Sterilisierungsversuchen trotzt, rät Prof. König (Berlin) bei Operationen die Berührung der Wunde überhaupt zu vermeiden. König hat die fingerlose Methode zunächst bei bestimmten Gelenkoperationen geübt, sie dann aber, nachdem er die Technik weiter ausgebildet, auf Knochenoperationen, Gelenkresektionen ausgebildet, und sie schliesslich auch bei bestimmten Bauchoperationen, z. B. bei der Appendicitisoperation, in der anfallsfreien Zeit geübt. Den Einwand, dass doch nur eine geringe Zahl von Operationen dies Verfahren zulasse, widerlegt er mit der Angabe, dass von 1000 Operationen der letzten Zeit er 600 fingerlos operiert hat, darunter 109 Gelenk- und Knochenoperationen, die sämtlich ohne Störung der Wundheilung verlaufen sind. Die Technik ist lediglich Übungssache. Das Instrumentarium zeigt vielfältige Haken, die Instrumente alle mit langen Stielen, besondere Unterbindungshaken etc. Er empfiehlt die Methode warm für Operationen in kleinen Höhlen, besonders da auch der praktische Arzt sie oft anzuwenden Gelegenheit finden kann.

Dr. Lauenstein (Hamburg) präzisiert die Frage der Händedesinfektion. Mit der Asepsis allein, also mit Wasser und Seife unter Zuhilfenahme mechanischer Reinigungsmittel, Bürste, Pflanzenfaser, Bimstein, Sand, Marmor etc., lässt sich eine genügende Händereinigung nicht erzielen; die Hinzufügung eines Desinfiziens scheint unerlässlich. Aber auch bei Anwendung eines oder mehrerer nachfolgenden Desinfizientien ist es bisher nicht gelungen, regelmässig die Hände im bakteriologischen Sinne keimfrei zu machen. Es liegen jedoch bestimmte Erfahrungen darüber vor, welche Rücksichten und Massnahmen die Herabsetzung des Keimgehalts unserer Hände begünstigen. Dahin gehört vor allem die Vermeidung einer Verunreinigung der Hände mit infektiösem Material und eine sofortige gründliche Desinfektion der Hände nach geschehener Verunreinigung, sodann eine sorgfältige Pflege der Hände. Die Handschuhfrage, die seit einigen Jahren unter Chirurgen und Gynäkologen lebhaft diskutiert wird, ist bisher zu einem definitiven Abschluss nicht gelangt. Doch hat sich ergeben: die undurchlässigen Handschuhe (Leder, Gummi) sind für die prophylaktische Asepsis von Nutzen; die durchlässigen Handschuhe aus Zwirn, Seide etc. hindern den Übergang der Keime von der Hand des Operateurs auf die Wunde desto mehr, je dichter ihr Gewebe ist. Von sämtlichen Methoden der Händeinfektion hält Lauenstein vorläufig die Ahlfeldsche Heisswasser-Alkohol-Desinfektionsmethode für äusserst brauchbar für chirurgische Zwecke, an welcher er vorläufig festhalten wird. Nur würde er raten, grundsätzlich die Bürste erst ganz zuletzt, wenn das Wasser überhaupt nicht mehr schmutzig wird, anzuwenden. Das Hauptgewicht der Vorbereitung für die nachfolgende Händedesinfektion legt er auf das voraufgehende Seifen und Einreiben der Hände ohne mechanisch angreifende Einwirkungen mit häufiger Erneuerung des warmen Wassers oder unter fliessendem Wasser. Stillschweigende Voraussetzung bei der Händedesinfektion ist aber, dass auch der ganze übrige Körper (Haare, Bart, Mund etc.) nebst Kleidung bei der Vorbereitung zur Operation entsprechend berücksichtigt wird.

Der Alkohol hat nach Dr. Schäffers Ansicht eine Bedeutung nicht sowohl als bakterecides Mittel, wie als mechanisch

Digitized by Google

die Haut von Fett und Epithelschuppen reinigendes Agens. Die Keimarmut der Haut der Hände, die man durch die Heisswasser-Alkoholmethode (Ahlfeld) — 5 bis 10 Minuten lang fortgesetzte Waschung in überheissem Wasser mit Schmierseife und harter Bürste und folgendes 2 bis 3 Minuten dauerndes energisches Bürsten in konzentriertem Alkohol — erzielen kann, kommt dem Ideal der absoluten Keimfreiheit ziemlich nahe. Der Seifenspiritus steht dem am nächsten, eignet sich aber nicht zur Schnelldesinfektion. Die Antiseptika erwiesen sich in Schäffers Versuchen als unzulänglich. Auch die Marmorseife hat sich nicht besser bewährt. Zweckmässig ist, nach der Heisswasser-Alkohol-Desinfektion die Hände in einer 1‰ Sublimatlösung abzuwaschen.

Nach Prof. Fürbringer wirkt der Alkohol baktericid, dringt für sich allein besser in die Haut, bahnt dem Antiseptikum den Weg und wirkt mechanisch reinigend.

Dr. Salzwedel (Berlin) glaubt, dass die Desinfektionswirkung des Spiritus nicht allein durch die Austrocknung bedingt sei, sondern dass sie daneben auf einer spezifischen Giftwirkung beruhe und dass noch manche andere Eigenschaften des Alkohols zu ihrem Zustandekommen beitragen. Die Wirkung wird gegenüber noch nicht völlig abgetöteten Bakterien durch Wasserabspülungen aufgehoben, dadurch entstehen die Differenzen zwischen den experimentellen Untersuchungen über Händedesinfektion und den praktischen Erfolgen, weil bei den Experimenten immer die Wasserabspülung vorgenommen wird. Auch Sublimatspülungen schränken die Wirkung ein und vermehren sie nicht. Man soll die Hände lufttrocken werden lassen oder mit 50% Spiritus nachspülen.

Als Ersatz für Sublimat wird von der chemischen Fabrik vormals E. Schering das Quecksilbersulfat-Äthylendiamin unter der Markenbezeichnung Sublamin in rotgefärbten Pastillen à 1 g, zu 20 Stück in einem Glasröhrchen vereinigt, in den Handel gebracht. Das Sublamin hat bei der Desinfektion der Hände und der Haut die gleiche desinfizierende Wirkung wie das Sublimat, zeichnet sich aber vor dem letzteren durch folgende Vorzüge aus: 1. Es ist völlig reizlos und greift selbst in 2%igen Lösungen die Haut nicht an, während Sublimat schon in 1‰igen Lösungen die Haut unangenehm reizt und oft langdauernde Ekzeme verursacht. 2. Bei Verwendung von Sublamin ist man daher in der Lage, die Konzentration beliebig zu steigern, um eine grössere Desinfektionswirkung zu erzielen, z. B. in Fällen, in denen die Hände mit einem sehr virulenten Infektionsstoff in Berührung gekommen sind. 3. Das Sublamin übt infolge seines Gehaltes an Äthylendiamin eine grössere Tiefenwirkung aus als Sublimat. Das Äthylendiamin ist bekanntlich auch ein Bestandteil des in der Gonorrhoetherapie bewährten Argentamin. 4. Das Sublamin ist in Wasser ausserordentlich leicht löslich. Folgendes Verfahren empfiehlt sich bei der Anwendung des Sublamins zur Händedesinfektion: Die Hände werden zunächst mit lauwarmem Wasser und Seife (am besten Schmierseife oder Saengersche Sandseife) unter Anwendung einer Bürste 8—10 Minuten lang gewaschen und dann — nach Abspülung der den Händen etwa noch anhaftenden Seife mit Wasser — 5 Minuten lang mit einer möglichst warmen 3‰igen Sublaminlösung (drei Pastillen werden in einem Liter Wasser gelöst) ebenfalls unter Anwendung einer Bürste behandelt. Von einer Behandlung der Hände mit Alkohol kann vollkommen abgesehen werden.

Im hygienischen Institut der Universität Marburg hat Dr. Engels das Sublamin einer eingehenden bakteriologischen Prüfung speziell bezüglich der Händedesinfektion unterzogen, wobei er zu folgenden Ergebnissen kam: 1. Das Quecksilbersulfat-Äthylendiamin stellt in 2 und 3 ‰iger wässeriger Lösung ein hervorragendes Händedesinficiens dar, welches a) die Haut nicht reizt, keine Ekzeme etc. hervorruft, b) auch in die Tiefe zu dringen und dort die Keime grösstenteils abzutöten vermag. c) in 3‰iger Konzentration auch sämtliche Eitererreger zu vernichten im stande ist. Die 1‰ige Lösung steht an Wirksamkeit der 2 und 3‰igen bedeutend nach; am kräftigsten wirkt die 3‰ige Flüssigkeit. 2. Das Quecksilbersulfat-Äthylendiamin zeichnet

Digitized by Google

sich durch seine schnelle und vollständige Lösung aus. 3. Es ist wegen dieser seiner Vorteile dem Sublimat vorzuziehen, auch deshalb, weil es vernickelte Instrumente nicht angreift und in Verbindung mit seifiger Lösung sein Desinfektionswert nicht herabgesetzt wird. In subkutaner Injektion fand Verfasser für weisse Mäuse, auf gleiche Quecksilbergehalte bezogen, das Sublamin fünfmal weniger giftig als das Sublimat. In Alkohol ist das Sublamin schwer löslich, auch scheint man es bei diesen „Lösungen" nach den Versuchen des Verfassers nicht mit Lösungen im streng physikalischen Sinne zu tun zu haben.

Prof. Krönig (Leipzig) desinfiziert ausschliesslich mit Sublamin und trotz reichlichen Gebrauchs bei grosser operativer Tätigkeit zeigen seine und die Hände seiner Assistenten, welche früher oft unter dem schuppenden Ekzem zu leiden hatten, keine Reizerscheinungen. Es wird verwendet in wässeriger Lösung in einer Konzentration 1,0 : 1000,0—1,0 : 300,0, je nachdem die Hände infektionsverdächtig sind oder nicht. Man kann die Konzentration noch steigern, ohne dass Reizerscheinungen auftreten. Wenn Schleich neuerdings vor dem Sublamin warnt, weil es infolge seiner grossen Tiefenwirkung von der Hautoberfläche zu stark resorbiert würde, so dass Intoxikationserscheinungen bei dem Operateur zu fürchten wären, so kann Krönig dies nur als Gespenstersehen bezeichnen. Krönig fügt hinzu, dass er auch bei der Nahtseide, welche er im allgemeinen nach der Kocherschen Methode sterilisiert, an Stelle des Sublimats das Sublamin in einer Konzentration 1,0 : 300,0 verwendet, um bei gleich starker Entwickelungshemmung den Reiz des Sublimats im Gewebe auszuschliessen.

Dr. Blumberg hat mit dem Sublamin eine Reihe von Versuchen gemacht, aus denen er nachstehende Schlüsse ziehen zu dürfen glaubt: Das Sublamin ist ein Desinfektionsmittel, welches folgende Eigenschaften hat: 1. Es steht dem besten der bekannten Desinfektionsmittel, dem Sublimat, an Desinfektionskraft nicht nach. 2. Es hat vor dem Sublimat den Vorzug voraus, dass es selbst in höchsten Konzentrationen die Haut nicht reizt. 3. Es gewährt infolge seiner Reizlosigkeit die Möglichkeit, in Fällen, wo die Hände mit einem hochvirulenten Infektionsstoff in Berührung gekommen sind, durch beliebig hohe Steigerung der Konzentration der Lösung eine noch grössere Desinfektionswirkung zu erzielen, als mit Sublimat. 4. Es übt voraussichtlich eine viel grössere Tiefenwirkung aus, als Sublimat. 5. Sublamin ist ein Salz, das sich momentan selbst in hoher Konzentration in Wasser löst, während Sublimatpastillen, einer bedeutend längeren Zeit zu ihrer Lösung bedürfen, ein Moment, welches bei der Anwendung des Desinfektionsmittels in der Praxis von einer gewissen Annehmlichkeit ist. 6. Sublamin lässt sich in Form von Pastillen herstellen, die sich schneller, als Sublimatpastillen, lösen.

Dr. Danielsohn und Dr. Hess (Berlin) glauben auf Grund ihrer Untersuchungen dem Praktiker anraten zu müssen, bei der Verwendung des Sublamins nicht auf den Gebrauch des Alkohols zu verzichten, so dass sich die Händedesinfektion aus dem kombinierten Gebrauch beider Mittel zusammensetzen soll, in der Weise, dass die Hände zunächst drei Minuten lang mittelst steriler Gaze in 80% Alkohol abgerieben und dann zwei Minuten lang in 3‰ Sublaminlösung gebürstet werden.

Dr. Pfuhl hat das Lysoform hinsichtlich seiner desinfizierenden Kraft und seiner sonstigen Eigenschaften einer genaueren Prüfung unterzogen und gelangte zu folgenden Schlüssen. Das Lysoform entwickelt schon in 1%iger Lösung eine erkennbare keimtötende Kraft, kommt aber erst in 3%iger Lösung einer 5%igen Karbolsäurelösung gleich, während es in dieser Stärke hinter einer 1‰igen Sublimatlösung noch zurücksteht. Instrumente lassen sich mit 3%igen Lysoformlösungen jedoch nicht sicher sterilisieren, auch wenn sie stundenlang in ihr verweilen. Eine Entwickelungshemmung von Keimen tritt erst dann ein, wenn das Lysoform im Verhältnis von 1:100 auf Bakterienkulturen in Flüssigkeiten (Nährbouillon) einwirkt. Sehr wichtig ist, dass (im Gegensatz zum Lysol, das in Laienhänden in letzter Zeit mehrfach teils ab-

Digitized by Google

sichtlich, teils unabsichtlich tödliche Vergiftungen erzeugt hat) das Lysoform keine giftigen Eigenschaften hat, ob es nun von der Unterhaut oder vom Magen aus auf Tiere einwirkt. Selbst 5 ccm reines Lysoform, unter die Haut gespritzt oder in den Magen eingegossen, riefen in Pfuhls Versuchen keine erkennbaren Störungen im Wohlbefinden der Versuchstiere hervor. Lysoform äusserte ferner in 3%iger Lösung als Waschwasser benutzt, keine ätzenden Wirkungen auf die Haut, wie sich bei einige Zeit hindurch fortgesetztem Gebrauch zu diesem Zwecke erwies. Chirurgische Metallinstrumente, Gummischläuche etc. wurden selbst nach wiederholtem, mehrstündigem bis tagelangem Liegenlassen in 3%igen Lösungen nicht merklich angegriffen. Mit 4%igen Lösungen ausgespülte Nachtgeschirre und Stechbecken, aus denen die Dejektionen beseitigt waren, erschienen nach einigen Minuten geruchlos. Hinsichtlich der Kosten steht das Lysoform in der Mitte zwischen der gebräuchlichen Sublimat- und Karbolsäuredesinfektion.

Durch Kombination des Lysoform mit geringen Mengen von Karbolsäure trachtete Prof. Elsner (Berlin) die desinfizierende Wirkung des Lysoform zu verstärken und auf diese Weise ein Mittel zu erhalten, das der 3%igen Karbolsäure an Wirksamkeit gleichkommt, ohne ihre Giftigkeit und den unangenehmen Geruch der Phenole zu besitzen. Unter dem Namen Karbollysoform wird eine Flüssigkeit in den Handel gebracht, die sich den äusserst widerstandsfähigen Staphylokokken gegenüber schon in einer 3%igen Lösung dem 1%igen Lysol überlegen, in einer 5%igen Lösung der 3%igen Karbolsäure völlig gleichwertig erwiesen hat, ohne den üblen Geruch des ersteren zu besitzen und die stark giftigen Eigenschaften mit der letzteren zu teilen.

Ein anderes Desinfektionspräparat, das sich vor anderen Antisepticis bei gleicher desinfizierender Wirkung durch vollständige Ungiftigkeit und Geruchlosigkeit auszeichnen soll, ist das Septoforma. Dasselbe besteht aus den Kondensationsprodukten des Formaldehyds mit Körpern aus der Terpen-, Naphthalin- und Phenolgruppe, unter denen das Dioxynaphthylmethan, $(C_{10} H_7 O)_2 CH_2$, vorherrscht. Diese sind in einer alkoholischen Lösung von Leinölseife zu einer gelblich-bräunlichen, durchsichtigen, wenig seifenartig riechenden Flüssigkeit gelöst, welche mit Wasser mischbar ist. Die wässerigen Lösungen schäumen beim Schütteln, machen beim Waschen die Haut weich und glatt, aber nicht wie Lysol schlüpfrig, und lockern die Epidermis auf, ohne dabei — selbst in konzentriertem Zustande — die geringste Reiz- oder Atzwirkung zu äussern. Auch eine 15%ige Septoformaseife ist hergestellt, welche leicht schäumt und frei von unangenehmem Geruche ist. Nachdem Septoforma bereits in der Veterinärmedizin als Desinficiens und Desodorans benutzt worden war, verwandte es de Bruin zu Uterusausspülungen und sodann Dr. Sternberg bei verunreinigten Quetsch- und Risswunden, ferner bei Seborrhoe und Akne mit gutem Erfolge. Letzterer empfiehlt zu Ausspülungen 1½%ige wässerige Lösung, in der Wundbehandlung die 3%ige Lösung. Infizierte Wunden werden mit einer Lösung von Septoforma 1 : 10 Alkohol (60%) bedeckt, Geschwüre mit 3—5%iger wässeriger Lösung oder mit Septoformalanolin 1 : 10. Insektenstiche werden mit dem Schaum der Septoformaseife behandelt. Als Desodorisierungsmittel ist die 5%ige, für Fäkalien und Aborte die 10%ige Lösung geeignet. Zur Händedesinfektion benutzt man die 3%ige Lösung unter Benutzung der Handbürste oder die Septoformaseife. Instrumente kann man ohne Schädigung derselben in 5—10%iger Septoformalösung desinfizieren.

Eine neue Sterilisationsbüchse für Jodoformgaze beschreibt Dr. Schicklberger. Dieselbe besteht aus einem würfelförmigen Blechrahmen, der oben und unten durch Blechdeckel zu verschliessen ist, in die ein aus vier Metallstäben bestehendes, durch zwei Gitterroste (oben und unten) und zwei (mit entsprechenden Öffnungen versehene) Blechplatten vervollständigtes Gerüst einpasst. In letztere ist je ein ca. 20 cm langer Glaszylinder einzustecken, in den die zu sterilisierenden Gazerollen gebracht werden

Digitized by Google

und die oben und unten darauf mit lockerer Watte verschlossen werden. So dem strömenden Wasserdampf ausgesetzt, wird nach einstündigem Sterilisieren das Gerüst in die Büchse gesetzt und mit den beiden Blechdeckeln verschlossen. Es ist nur 5% Jodoformverlust zu verzeichnen. Die in Prof. Weichselbaums Institut vorgenommenen bakteriologischen Versuche ergaben die Sicherheit der Sterilisationsmethode.

Dr. Grünfeld (Wien) empfiehlt folgende Methode zur Darstellung des Silbercatguts. Ein weithalsiges Präparatenglas mit eingeschliffenem Glasstöpsel von ca. 200 ccm Inhalt wird zunächst in kochendem Wasser sterilisiert und mit ca. 100 g Spiritus saponato-calinus gefüllt. In diese Flüssigkeit gibt man das vorher mit Bürste und Seifenspiritus gereinigte Rohcatgut und belässt es durch 24 Stunden. Hierauf wird der Seifenspiritus abgegossen und die etwa dem Catgut noch anhaftende Seifensubstanz durch Übergiessen und Schütteln mit 90%igem Alkohol entfernt. Der Alkohol wird sodann abgegossen und das Catgut in 1%iges Aktolwasser gelegt. Das Glasgefäss, in welchem diese Imprägnierung vorgenommen wird, soll für Licht undurchlässig sein, also entweder von blauer oder brauner Farbe oder, falls man das ursprüngliche Präparatenglasgefäss verwendet, mit schwarzem Papier beklebt oder umwickelt sein. Aufbewahrung dieses Gefässes mit dem Aktolcatgut an dunklem Orte durch ca. 7—8 Tage. Nach Ablauf dieser Zeit giesst man das Aktolwasser ab, entfernt entweder das schwarze Papier oder, falls man ein dunkles Glas verwendet hat, entnimmt man demselben das Catgut mit sterilen Instrumenten und legt es in ein ausgekochtes, trockenes, farbloses Glasgefäss, welches sodann dem direkten Sonnenlichte ausgesetzt wird. Hierbei scheidet sich das metallische Silber durch Reduktion des Aktols in der Struktur des Fadens aus und färbt denselben schwarzbraun. Nach Eintritt dieser Färbung wird das Catgut in absolutem Alkohol mit 10%igem Glycerin aufbewahrt und ist in dieser Form gebrauchsfertig. Zum Gebrauche entnimmt man dem Gefässe die für die betreffende Operation voraussichtlich erforderliche Quantität Catgut mit sterilen Instrumenten. Die etwa übrig bleibenden Fäden kann man sammeln und sie neuerdings den angeführten Prozeduren unterziehen, wodurch die Sterilität, sowie die Gebrauchsfähigkeit keine Einbusse erleidet und mit dem verhältnismässig teueren Catgut sparsam gewirtschaftet werden kann. Das auf diese Weise hergestellte Präparat zeichnet sich durch grosse Festigkeit, durch leichte Knotungsfähigkeit und durch absolute Sterilität aus. Autor hat dieses Catgut seit 1½ Jahren bei vielen vollkommen aseptischen Operationen angewendet, ohne jemals eine Eiterung gesehen zu haben und ohne dass ihm jemals eine Ligatur gelockert oder eine Naht gerissen wäre.

Wie Dr. Stern behauptet, haben Urotropin und Salicylsäure in grösseren Dosen (3—4 g pro die und mehr) eine entwickelunghemmende und bakterientötende Wirkung auf den Harn. Salol, Methylenblau, Kampfersäure, Oleum Santali und Terpentinöl wirken ebenfalls entwickelungshemmend, jedoch nur in grösseren Dosen. Kopaivabalsam, Borsäure, Kalium chloricum, Folia uvae ursi sind wirkungslos. Die Wirkung des Urotropins ist namentlich prophylaktisch, vor instrumentellen Eingriffen, zu verwerten. Therapeutisch kommt es nur bei Bakteriurie und bei oberflächlichen infektiösen Entzündungen in Frage; gegen tiefgreifende Prozesse, z. B. Tuberkulose, ist es wirkungslos. Die andauernde Anwendung bei Typhus ist zu widerraten, weil dadurch keine sichere Abtötung der Typhusbacillen erfolgt, dagegen mitunter Hämaturie beobachtet wurde. Die Desinfektion des Typhusharnes muss deshalb ausserhalb des Körpers vorgenommen werden.

Unter der Bezeichnung Antisputol hat Dr. Gertler (Krakau) ein desinfizierendes und desodorierendes Spucknapfpulver dargestellt. Dasselbe wird bereitet wie folgt: 100 Gewichtsteile von fein geriebenem Torfmull werden mit 15 Gewichtsteilen Kupfersulfat in gesättigter wässeriger Lösung genau imprägniert. Dem ausgetrockneten Präparat werden 2% Formalin und geriebene Gewürznelken oder ätherische

Digitized by Google

Öle in jenem Quantum, welches notwendig ist, den üblen Geruch des Formalins zu verdecken, in einer hermetisch verschlossenen Mischmaschine hinzugefügt. Die Mischmaschine wird geschlossen und das Präparat wird unter Druck einiger Atmosphären durch 1 Stunde gemischt. Das Antisputol ist ein leichtes Pulver, das leicht Sputa aufsaugt, ihren unangenehmen Geruch entfernt, ihre Zersetzung ganz unmöglich macht, indem es alle in dem Auswurfe enthaltenen krankheitserregenden Mikroben abtötet und einer Entwickelung der Mikroben überhaupt vorbeugt. Das Pulver ist weder für Menschen noch für Tiere schädlich. Versuche mit demselben sind in dem hygienischen Institut der Universität in Krakau angestellt. Sie ergaben so günstige Resultate, dass Gertler das Antisputol für ein vollkommen geeignetes Mittel zur gänzlichen Vertilgung der in Sputis befindlichen krankheitserregenden Mikroben hält. Mithin eignet es sich zum Verhindern der Verbreitung ansteckender Krankheiten durch Sputa.

Da das beste Desinfektionsmittel das Feuer ist, rät Dr. Kronfeld (Wien) jene Gegenstände, welche durch Bakterien verunreinigt werden können, aus unverbrennbarem Material herzustellen. Im Asbest besitzen wir einen Stoff, der dieses Desinfektionsverfahren gestattet. Kronfeld hat nun aus demselben Spuckschalen, Leibschüsseln, sämtliche Krankenmöbel, Decken und Wandbekleidung des Krankenzimmers, Schwämme etc. herstellen lassen, so dass man alle Keime, so oft und so bald man will, zu vernichten vermag. Der Asbest ist billig, gut formbar, unverbrennbar, jedoch ausglühbar. Zum Kleben der Asbestschichten etc. dient ein unverbrennliches Klebemittel, das Wasserglas. Die Asbestfasern lassen sich als Watte benutzen, nach dem Gebrauch ausglühen und wieder verwenden. Die Asbestwolle ist unverwüstlich und billiger als Watte. Die Asbestspuckschalen waren bisher schwierig herzustellen, trotzdem kostet das Stück nur 60 Pfg., dürfte sich aber im Grossbetrieb auf 10—15 Pfg. stellen. Ein Möbelstück kostet den halben Preis des aus billigstem Holze hergestellten Gegenstandes. Zur Anfertigung kommt ausschliesslich reiner 95—98% Asbest in Betracht; denn der verunreinigte Asbest brennt an und verkohlt. Für die Krankenpflege, das Verkehrswesen etc. würde die Anwendung guten Asbests in hohem Masse zur Förderung der allgemeinen Gesundheit beitragen. Bisher sind Zungenspatel, Pantoffeln, Leibschüsseln, für die Chirurgie sterilisierbare Verbandbüchsen und Kartons aus Asbest hergestellt worden. Brutschränke für bakteriologische Zwecke ganz aus Asbest hergestellt, kosten etwa 5 Mark. Auch Eitertassen und verschiedene Instrumente, wie Wundspritzen und Specula, auch Messergriffe sind angefertigt worden. Katheter sind am schwierigsten herzustellen; hierzu kommen für den öffentlichen Gesundheitsdienst Sanitätsröcke. Verschiedene Kleidungsstücke sind bereits hergestellt, so für die Feuerwehr. In grossen Spitälern ist die gesamte Einrichtung der Zimmer sowie der Freiliegehallen der Lungenheilstätten aus Asbest möglich. Dies dürfte sich auch in den Diphtherie-Pavillons empfehlen. Auf dem Eisenbahnwesen wären insbesondere die Schlafwagen besser zu desinfizieren; es wäre erwünscht, Polster, Bettwäsche, Wandbekleidung etc. aus Asbest herzustellen. Zur Bekämpfung von Viehseuchen sind Transportwagen aus Asbest ausführbar.

Bezüglich der Hygiene der Barberstuben wurde vom Landrate für den Kreis Niederbarnim, zu dem die nördlichen und östlichen Vororte von Berlin gehören, eine praktisch wichtige Verfügung getroffen. Nach derselben müssen 1. die öffentlichen Barbier- und Friseurstuben täglich mehrmals sorgfältig gereinigt und gelüftet werden, sie dürfen nicht als Schlafstuben benutzt und Hunde und Katzen in denselben nicht geduldet werden; 2. Personen, welche mit Haar-, Haut- oder sonstigen ansteckenden Krankheiten behaftet sind, dürfen weder das Barbiergewerbe ausüben, noch in öffentlichen Barbierstuben bedient werden; 3. vor Bedienung eines jeden Kunden hat sich der Barbier gründlich mit Wasser und Seife die Hände zu waschen; 4. die Sessel, an die der Kopf gelehnt wird, sind bei jedesmaligem Gebrauch mit einem

Digitized by Google

sauberem Schutzstoff aus Papier zu bedecken, der nach einmaliger Benutzung zu vernichten ist; 5. Scheeren, Kämme, Rasiermesser, Bürsten etc. sind gehörig zu reinigen. Verboten ist die Benutzung von Kopfrollbürsten, Puderquasten, Rasierpinseln und Schwämmen, sowie der gemeinsame Gebrauch von Schnurrbartbinden; 6. diese Vorschriften müssen in jeder Barbierstube ausgehängt werden.

Experimentelles zur Frage der Operationshandschuhe nebst Beiträgen zur Bedeutung der Luftinfektion von Dr. Heile (Beitr. 2. Kl. Chir. 32. Bd. 3. Heft. — Schm. Jahrb. 275. Bd. 8. H.). — Die Verwendung von Gazeschleiern bei aseptischen Operationen von Dr. Wenzel (Zentralbl. f. Chir. Nr. 19). — Über einige Methoden zur Verhinderung von Shock und Infektion bei chirurg. Operationen von Dr. Turck (Wien. med. Wochenschr. — Münch. med. Wochenschrift Nr. 1). — Prof. König über Operation ohne direkte Berührung der Wunde durch die Hand in der Berliner medizinischen Gesellschaft (Med. Woche Nr. 50). — Zur Frage der Händedesinfektionsmittel von Dr. Lauenstein (Münch. med. Wochenschrift Nr. 30. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 66). — Dr. Schäfer und Prof. Fürbringer über den Alkohol als Händedesinfektionsmittel in der Berliner medizinischen Gesellschaft (Ther. Monatsh. 6. H.). — Dr. Salzwedel über die Verwendung des Spiritus für chirurgische Zwecke auf der Naturforscherversammlung zu Karlsbad (Med. Woche Nr. 49). — Über Sublamin (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 13). — Über Sublamin von Dr. Engels (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 102). — Prof. Krönig über Sublaminpastillen als Handelsinfektionsmittel in der medizinischen Gesellschaft zu Leipzig (Münch. med. Wochenschr. Nr. 34). — Untersuchungen über die Wirkung des Sublamins als Desinfektionsmittel von Dr. Blumberg (Münch. med. Wochenschr. — Medico Nr. 41). — Alkohol und Sublamin als Hände-Desinfektionsmittel von DDr. Danielsohn und Hess (Deutsche med. Wochenschrift. — Medico Nr. 43). — Lysoform von Dr. Pfuhl (Hyg. Rundsch. Nr. 3. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 28). — Über Karbollysoform von Prof. Elsner (Deutsch. med. Wochenschr. Nr. 29). — Das Septoforma, ein neues Antiseptikum von Dr. Sternberg (Ärztl. Rundsch. Nr. 31. — Ther. Monatsh. 11. H.). — Über eine neue Sterilisationsbüchse für Jodoformgaze von Dr. Schicklberger (Zentralbl. f. Chir. Nr. 4). — Über Silbercatgut von Dr. Grünfeld (Zentralbl. f. d. ges. Ther. 10. H.). — Über Harnantiseptika von Dr. Stern (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 1. — Schm. Jahrb. 27 4. Bd. 4. H.) — Über Antisputol von Dr. Gertles (Wien. med. Wochenschrift Nr. 11). — Dr. Kronfeld über die Prophylaxe der Tuberkulose im Verein für innere Medizin zu Berlin (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 8.) — Hygiene der Barbierstuben (Ebendaselbst).

Apomorphin. Nach Prof. Rabow (Lausanne) besitzt das Apomorphin neben seiner brechenerregenden und expektorierenden Aktion auch eine narkotische Wirkung, so dass es bei richtiger Anwendung und Dosierung auch Schlaf erzeugt. Besonders für bestimmte Fälle der irrenärztlichen Praxis, bei heftigen Aufregungszuständen mit gesteigertem Bewegungsdrange und Hang zu Gewalttätigkeiten und Suicid hat sich das Apomorphin sehr oft als ein gutes Beruhigungs- und Schlafmittel bewährt. Ein grosser Vorzug vor andern (bei erregten Geisteskranken anzuwendenden) Schlafmitteln besteht darin, dass es subkutan beigebracht werden kann, dass der Schlaf schnell eintritt und gewöhnlich tief ist und lange andauert. Bei schwächlichen, heruntergekommenen Kranken, bei elenden Kindern und älteren Individuen ist seine Anwendung zu vermeiden. Was den Übelstand der Angewöhnung betrifft, so teilt es denselben mit allen andern Mitteln dieser Art. Die angewandten Dosen schwankten zwischen 3—10 mg. Die aufgeregten Kranken erbrachen in der Regel nach 5—10 Minuten und schliefen bald darauf ein, beim Erwachen zeigten sie sich ruhiger. Bisweilen wurden sie schon vor dem Erbrechen schläfrig und sie schliefen ein, ohne zu vanieren. Die Grösse der Dosis spielte hierbei durchaus nicht immer die wesentlichste Rolle. Ausnahmsweise stiess man auf Individuen, die recht grosse Dosen (18—20 mg) ohne jede Reaktion vertragen. Autor empfiehlt das Apomorphin nicht so sehr für die allgemeine, als für die irrenärztliche Praxis.

Apomorphin als Beruhigungs- und Schlafmittel von Prof. Rabow (v. Leydens Festschr. — Ther. Monatsheft 7. H.).

Appendicitis. Nach Dr. Lindner (Dresden) wird die Blinddarmentzündung eingeteilt in Endoappendicitis, parenchymatöse Appendicitis, Periappendicitis und Paraappendicitis. Die Endoappendicitis ist als Vorläuferin für die übrigen Formen die häufigste. Sie ist nach den Erfahrungen des Autors viel verbreiteter als man denkt, oft Ursache mannigfacher, auf andere Organe zurückgeführter Beschwerden (Ewalds A. larvata). Die Exstirpation des Organs ergibt in solchen Fällen nicht selten reine Endoappendicitis.

Digitized by Google

Die Colica appendicularis gehört ebenfalls hierher, ihr Vorkommen hält Lindner für unzweifelhaft, die bei der Endoappendicitis sich leicht bildenden Konkremente verschlimmern den Katarrh und führen zu Dekubitalgeschwüren. Kommt es zu ulcerierenden Prozessen der tieferen Wandschichten, so können Strikturen und Knickungsbildungen veranlasst werden, die als neue schädigende Momente wirken. In manchen Fällen kommt es zu mehr schleichenden peritonealen Prozessen mit Adhäsionsbildung, die eventuell als Schutzwall wirken kann, sonst liegt die Gefahr stets vor, dass Perforation oder totale resp. partielle Gangrän der Appendix zu ernsten Vorgängen im Peritoneum führen. Geringere, weniger hochvirulente Infektion kann das Peritoneum überwinden; sind seine Verteidigungmittel nicht im stande stärkere Infektionen zu überwinden, so kann seine Aufsaugungsfähigkeit unter Umständen verhängnisvoll werden. Es werden bei der Appendicitis alle Grade von Peritonitis beobachtet. Bei der diffusen Form kann die Diagnose des Ausgangspunktes gelegentlich zweifelhaft bleiben und die Unterscheidung von Ileus hier und da Schwierigkeiten bereiten, bei den weniger ausgebreiteten kommt es zu Exsudaten, deren Lage und Grösse sehr verschieden ist. Die Lage kann zu Irrtümern Veranlassung geben. Differentialdiagnostisch kommen Entzündungen, die von den weiblichen Genitalien, der Gallenblase, der Niere, sowie den verschiedensten intraperitonealen Organen ausgehen, in Betracht. Linksseitige periappendicitische Abscesse können durch Linkslage des Cökum, aber auch durch Fortkriechen der Eiterung, besonders durch das Becken hindurch, sich bilden. Die Frage einer traumatischen Entstehung der Appendicitis ist Lindner, auch abgesehen von den Fällen, in denen Ruptur einer bereits erkrankten Appendix durch Trauma stattfindet, für einzelne Fälle von akuter Drucksteigerung im Abdomen zuzugeben geneigt; er hält es für nicht unmöglich, dass Einpressung von Kot in das Organ Verletzungen der Schleimhaut setzen könne. Verhängnisvoll für die Diagnose sind die Fälle, bei denen der appendicitische Abscess durch Aktinomyces, Tuberkulose oder schleichend entstandenes Darmcarcinom veranlasst wird. Bei der Paraappendicitis muss eine primäre und eine sekundäre, durch Durchbruch eines intraperitonealen Herdes ins retroperitoneale Bindegewebe entstandene Phlegmone unterschieden werden. In betreff der Behandlung spricht sich Lindner, gegenüber den neueren Empfehlungen der Frühoperation, dafür aus, erst dann zu operieren, wenn durch die interne Medizin das Versagen der natürlichen Hilfskräfte des Peritoneums konstatiert ist. Ausgenommen ist die rasch auftretende diffuse Peritonitis, durch Perforation oder Gangrän der Appendix entstanden.

Die chronische adhäsive Peritonitis nach Appendicitis tritt, wie Dr. Karewski (Berlin) ausführt, in zwei Formen auf: entweder beschränkt sie sich auf die rechte Bauchseite und führt durch Bildung von schwartigen Verwachsungen zur Entstehung grosser Pseudotumoren, deren richtige Beurteilung vor der Operation oft unmöglich ist, oder sie verbreitet sich über den ganzen Bauchraum und führt ohne Ausscheidung von grösseren fibrinösen Massen zur Verwachsung sämtlicher Baucheingeweide und schliesslich zur totalen Obliteration der Peritonealhöhle. Die letztere Form, die diffuse adhäsive Peritonitis, ist durchaus nicht immer die Folge einer akuten allgemeinen Peritonitis, sie kann sich ebensowohl an eine schleichende Appendicitis, die niemals zu einem ausgesprochenen Anfall geführt hat, wie an eine perforative Erkrankung anschliessen, sie kann nach scheinbarer Heilung infolge spontanen Durchbruches oder nach einer Abscesseröffnung mit dem Messer ohne Resektion des Wurmfortsatzes, ja sogar trotz radikaler Operation zur Entwickelung kommen. In den meisten Fällen handelt es sich um verschleppte perforative Appendicitis, welche zunächst nur zirkumskripte Eiterung hervorgerufen hat; von dem ursprünglichen Herd aus erfolgt eine kontinuierliche, schleichende Fortentwickelung entzündlicher Vorgänge an der Serosa, die keine Ausscheidung flüssiger Substanzen, sondern solche fibroplastischer Natur nach sich ziehen. Die Erkrankung, die Karewski an der Hand von 11 Krankengeschichten schildert, führt

Digitized by Google

zur Aufhebung der Peristaltik und damit zum Ileus. Die Prognose ist schlecht: von Karewskis Kranken konnten nur vier gerettet werden. Für die Therapie ist daraus zu folgern, dass nach allen schweren Anfällen von Appendicitis die Resektion des Processus indiziert ist; Karewski will sie schon zwei bis drei Wochen nach dem Anfall vornehmen.

Prof. Bäumler (Freiburg i. B.) teilt die Erfolge der internen Behandlung der Appendicitis an 187 Fällen mit, von denen 92 % genesen sind. Eine besonders unheilvolle Fiktion sei nach Autor die Typhlitis stercoralis, die wohl schon manchem Kranken das Leben gekostet habe; sie sei jedenfalls ungemein selten und von ihm so gut wie nie beobachtet. Die zuweilen etwas höckerige Oberfläche der Cökalgeschwulst rufe die Erinnerung an Skybala wach, während es sich in Wirklichkeit bereits um Perityphlitis handle, bei der Abführmittel strenge kontraindiziert seien. Dabei stehe es nach seinen Beobachtungen fest, dass im Gegenteil bei Perityphlitis der Cökalinhalt weich oder breiig, und desshalb ohne Gefahr für die Darmwand sei. Er lasse deshalb bei Perityphlitis zunächst nichts gegen die Obstipation tun, falls kein Stuhldrang besteht oder nicht Skybala in der linken Fossa iliaca nachzuweisen sind; übrigens sei die Obstipatio durchaus keine Kontraindikation gegen Opium oder Morphium, falls Schmerzen bestehen. Eventuell erfolgt noch Digitaluntersuchung des Rektum, sodann vorsichtig ein kleiner Öleinlauf in Rückenlage. Meist erfolgte nach acht- bis neuntägiger Verstopfung spontane Stuhlentleerung, die durch Glycerinsuppositorien befördert werden kann. In den ersten zwei Tagen wird absolute Nahrungsentziehung durchgeführt, dann flüssige Nahrung in kleinen Mengen gestattet. Bei häufigem Erbrechen kann Rektalernährung nötig werden, wobei nur ca. 150—200 ccm vorsichtig eingeführt werden dürfen. Zur Förderung von Verklebungen dient ganz besonders die Morphiuminjektion, da die interne Verabreichung von Opium anfangs infolge Neigung zum Erbrechen unsicher, später aber wegen des Meteorismus nur eine langsame Resorption möglich, und damit die Gefahr der Kumulierung vorhanden ist. Diese Injektionen (Morph. mur. 0,1 : Atropin 0,0001) sind je nach der Schmerzhaftigkeit zu wiederholen. Die Kälteapplikation erfolgt analog den Leiterschen Kühlröhren. Bei der grossen Verschiedenheit der Lage des Processus vermiformis ist die Druckempfindlichkeit des Mac B.-schen Punktes öfters vermisst worden. Operiert muss werden, wenn mit grosser Wahrscheinlichkeit ein Eiterherd anzunehmen ist, wobei neben den anderen Symptomen der Leukocytose ein grosser diagnostischer Wert zukommt, und zwar muss eine Eröffnung des Abscesses gemacht werden. Bei rezidivierender Appendicitis erscheint die Entfernung des Fortsatzes im anfallsfreien Stadium geboten.

Wie Prof. Nothnagel (Wien) auseinandersetzt, darf man ebensowenig sagen, dass die Appendicitis (Skolikoiditis) unter allen Umständen chirurgisch behandelt werden muss, wie man etwa den Chirurgen ganz von der Behandlung ausschliessen dürfte. Es gibt gewisse Situationen, in denen nicht der geringste Zweifel besteht oder bestanden hat, dass nur der chirurgische Eingriff Rettung bringen kann; das ist der fluktuierende perityphlitische Abscess, die diffuse Peritonitis und der Ileus. Für die übrigen, allzu mannigfaltigen Symptomenbilder, welche die Perityphlitis hervorbringt, kann man keine allgemeine Behandlungsregel aufstellen. Wie bequem wäre es, zu sagen: man operiere, wo Eiter und Perforation vorliegt. Aber beides kann sich dem sichern Nachweis entziehen, oder durch unsichere Zeichen vorgetäuscht sein. Es bleibt nichts übrig, als in jedem einzelnen Fall aus der klinischen Gesamtbeobachtung die Indikation zur Operation zu entnehmen. Massgebend ist das Verhalten der Temperatur, des Pulses, der Schmerzen, des Wachstums der entzündlichen Geschwulst. Hohe Fiebergrade fordern zur Operation auf, wenn sie längere Zeit anhalten. 39,5° ist für die ersten Tage weniger bedeutsam, am vierten Tag wird dieselbe Temperatur schon zur operativen Indikation. Je weiter vom Beginn entfernt, desto niedrigere Fiebertemperaturen werden schon eine Anzeige für die Operation; vom sechsten Tage an schon die

Digitized by Google

Fortdauer von 39°. Gleichmässig vorschreitendes Sinken der Temperatur rechtfertigt das Abwarten, neuerliches Ansteigen den Eingriff. So wichtig aber die Beobachtung der Temperaturgrade, so irrtümlich und verhängnisvoll wäre es doch, die Operation nur deshalb zu unterlassen, weil die Temperatur immer niedrig war; es kommen zweifellos grosse perityphlitische Eiterungen mit ganz befriedigenden Temperaturverhältnissen vor. Grosse Aufmerksamkeit erfordert dann der Puls. Eine hohe Frequenz gibt ceteris paribus eine Aufforderung zum aktiven Vorgehen. Und wenn es auch wegen der physiologischen Breite der Frequenzschwankungen nicht angeht, eine bestimmte Ziffer, etwa 120, als Grenzlinie anzusehen, durch deren Innehalten während länger als 24 Stunden das operative Vorgehen indiziert werde, so hat doch die allgemeine Regel, gerade dem Puls, seiner Frequenz und Qualität eine hohe Wichtigkeit für die Indikation zur Encheirese beizulegen, eine begründete Berechtigung. Das Verhalten des Schmerzes ist nicht ganz so wichtig; die schwersten Veränderungen können sich ohne grosse Schmerzhaftigkeit vollziehen. Aber fortdauernde heftige spontane wie Druckschmerzhaftigkeit darf man als Zeichen einer stärkeren Suppuration ansehen, welche die Operation indiziert. Die entzündliche Schwellung wird insofern zur Entscheidung beitragen, als ihr Fortschreiten von Tag zu Tag ebenso wie etwa geringe Neigung zur Rückbildung für das Vorhandensein einer bedeutenderen Eiterung spricht. Gerade in dieser Beziehung sind freilich negative Befunde gar nicht zu verwerten, da auch grosse Exsudate der tastenden Hand vollkommen versteckt bleiben können. Wer sich von diesen Erwägungen bei der Behandlung der Perityphlitis leiten lässt, der wird wohl mehr als $^3/_4$ seiner Fälle mit der alten internen Methode zur Heilung bringen; vielleicht $^1/_4$ wird er dem Chirurgen überweisen. Aber freilich, eines darf nicht verschwiegen werden. Es gibt Unglücksfälle, die nicht vorauszusehen und also nicht zu verhüten sind. Fälle, die unter mässigen und leichten Erscheinungen beginnen und keines der ernsten Zeichen darbieten, welche die Operation rechtfertigen, können ganz plötzlich den allerschlimmsten Verlauf nehmen, indem Perforation des akut gangräneszierten Processus tödliche Peritonitis herbeiführt. Gegen solche Vorkommnisse könnte man versuchen sich zu schützen, wenn man alle Fälle von Perityphlitis ohne Unterschied im Beginn operieren wollte. Dazu wird sich wohl niemand entschliessen; man würde zahlreiche Patienten ohne Not den Gefahren der Operation aussetzen. So traurig auch der Einzelfall einer nicht vorausgesehenen Perforation ist, so bildet er doch erfahrungsgemäss nur ein sehr seltenes Vorkommnis. Solchen Unberechenbarkeiten gegenüber bleibt nur eine Waffe: die unausgesetzte, sorgfältigste Überwachung jedes einzelnen, scheinbar noch so wenig bedrohlichen Falles von Anfang an, um beim Eintritt des unglückseligen Ereignisses sofort die Operation ausführen zu können. Diejenigen Fälle, welche des chirurgischen Eingriffs nicht bedürfen, behandele man nach alten Regeln, mit absoluter Ruhe, entziehender Diät, Opium und Umschlägen. Die Bettruhe darf erst bei weit vorgeschrittener Rekonvalescenz aufgegeben werden. Die Nahrung sei flüssig und werde esslöffelweise gegeben (Suppen, eventuell mit Ei, die künstlichen Kindernährmittel, kaltes Wasser). Opium hält Nothnagel für unentbehrlich, trotz der Einwendungen der Chirurgen, welche eine Verschleierung des Krankheitsbildes befürchten. Er gibt Opiumtinktur, einige Male stündlich 10—15 Tropfen, dann zwei- bis dreistündlich fünf bis sieben Tropfen bis zum Aufhören der Schmerzen; bei neuen Schmerzen eine grössere Gabe; bei ihrem vollständigen Aufhören Aussetzen des Opiums. Die Stuhlverstopfung kann bis acht Tage geduldet werden und wird dann durch vorsichtige Eingiessungen (eventuell Öl) beseitigt. Die Umschläge werden im Anfang meist eiskalt am besten vertragen; mit dem Schwinden des Fiebers und der Schmerzen gehe man zu Priessnitzkompressen und dann zu feuchtwarmen Breiumschlägen über. Bei der Anordnung der Art der Umschläge ist es sehr ratsam, auf die subjektiven Empfindungen der Patienten Rücksicht zu nehmen. In akuten Fällen wendet Nothnagel mit Vorliebe

Digitized by Google

Blutegel an (4—10), sie wirken schmerzlindernd und wohl auch vorteilhaft auf den Verlauf. Nach Stillstand des entzündlichen Prozesses geht man allmählich zu breiiger und leicht verdaulicher Nahrung über. Die feucht-warmen Kataplasmen werden fortgesetzt. Warme Bäder (Kleie, Salz, Moor) sind erlaubt. Ganz entschieden ist Nothnagel gegen jede Massage; wenn sie wirklich einmal bei Exsudatresten irgend einen geringfügigen Nutzen ausüben sollte, so ist dem gegenüber die Möglichkeit, ja Wahrscheinlichkeit eines ganz unberechenbaren Unheils so viel schwerwiegender, dass man am besten von ihr absieht. Innere Abführmittel sind in jedem Stadium von Skolikoiditis und Perityphlitis kontraindiziert, in den meisten Fällen direkt schädlich. Hat ein Patient mehrere Anfälle von Perityphlitis überstanden, so rät Nothnagel entschieden zur Operation im Ruhestadium; dieselbe ist gefahrlos und bewahrt den Patienten vor Beschwerden, die mit der Zeit oft unerträglich werden.

Gegen die Schmerzen bei Appendicitis haben sich bei Dr. Burnet am besten Terpentinumschläge bewährt, doch müssen dieselben heiss aufgelegt und sehr häufig gewechselt werden. Vor Eis warnt Verfasser, da es vom Kranken meist ungern geduldet wird und bei längerer Anwendung auch die Vitalität der tiefer liegenden Gewebe herabzusetzen vermag. Narkotika will Verfasser ebenfalls vermieden wissen, besonders auch deshalb, weil sie bei einer etwa nötig werdenden Operation die Prognose verschlechtern (Darmlähmung). Gegen das lästige Erbrechen verordnet er geeistes Sodawasser und Extr. fluid. Cascar. Sagr., sechsstündlich 15—20 Tropfen, bis 45—60 Tropfen genommen sind. In diesen kleinen Mengen wirkt Cascara als Stomachikum und verhindert die Übelkeit. Gegen den häufigen störenden Urinzwang hat sich ihm Tinct. Hyoscyami in Mengen von 30 Tropfen bewährt. Stets muss der Kranke mit einer Schnabeltasse gefüttert werden, nie darf er sich aufrichten. Verfasser gibt zweistündlich einen Teelöffel „Beeftea“ abwechselnd mit einem Teelöffel Whisky; ausserdem Milch und Haferschleim. Je weniger Nahrung der Kranke bekommt, um so besser.

Seit langer Zeit hat Prof. Ochsner (Chicago) beobachtet, dass die Entzündung in fast allen Fällen eng umschrieben bleibt, wenn bei der akuten Appendicitis von Anfang der Krankheit an absolut keine Nahrung per os verabreicht wird. Das Netz legt sich sofort um den entzündeten Wurmfortsatz herum und die Dünndarmschlingen legen sich an das Netz an. Die Ileocökalklappe schliesst sich und verlegt den Weg, so dass weder Gase noch anderer Dünndarminhalt ins Cökum befördert werden können; die Bauchmuskeln ziehen sich über dem erkrankten Wurmfortsatz zusammen. Wird jedoch Nahrung per os verabreicht, so ändern sich die Verhältnisse. Der Dünndarm beginnt sofort sich zu bewegen; hierdurch wird die Ruhe des entzündeten Teiles gestört, auch können Infektionserreger in andere Teile der Bauchhöhle verschleppt werden; so kann eine diffuse Peritonitis entstehen. Sonnenburg empfahl ebenso wie Verfasser die Enthaltung von jeder Nahrung in den ersten 24 Stunden. Dass es auch in den schwersten Fällen von gangränöser oder perforativer Appendicitis gelingt, auf diese Weise den Entzündungsprozess zu lokalisieren, hat Verfasser in einer grossen Zahl von Fällen dadurch konstatiert, dass er später, nachdem der akute Anfall vorüber war, die Operation ausführte und dann den perforierten Wurmfortsatz vorfand oder den teils zerstörten, resorbierten Wurmfortsatz aus seinen Adhäsionen herausschälte. Verfasser hat seine Behandlungsmethode während der letzten drei Jahre in allen Fällen geübt, in denen nicht zu erwarten war, dass die Infektion auf den entzündeten Wurmfortsatz beschränkt sei und machte die Erfahrung, dass auf diese Weise die Komplikationen, welche von dem entzündeten Wurmfortsatz ausgehen, in fast allen Fällen vermieden werden können. Die Methode besteht, abgesehen von der absoluten Enthaltung jeder Nahrung per os, in regelmässigen Magenspülungen, wenn Brechreiz vorhanden ist; ausserdem werden kleine Quantitäten heissen Wassers in kurzen Intervallen gereicht und Nährklysmen von etwa vier

Digitized by Google

Unzen werden vierstündlich gegeben. Abführungsmittel und grosse Klysmen werden nie angewandt. Sind die stürmischen Erscheinungen vollständig zurückgegangen, so wird operiert.

Dr. Meyer hat das Oleum terebinthinae oder verwandte Mittel in 12 Fällen von Perityphlitis erprobt. Er hat das Mittel in Tropfenform, in Verbindung mit anderen Mitteln, wie Tinct. cinnamomi, mit Äther, mit Elixir. amarum, in Eigelb und Cognac-Zuckerwasser gegeben. Wurde diese Darreichung nicht vertragen, so wurde eine dünne Eigelbemulsion per rectum gegeben oder statt des Terpentinöls Tinct. Valerianae mit Tinct. Castorei verabreicht. Ferner gab Verfasser zur Schmerzlinderung im Bedarfsfalle Suppositorien mit Extr. Hyoscyami, Belladonna event. Morphin, bisweilen auch Extr. Op. aquosum. Im übrigen Behandlung wie sonst üblich, mit Eismilch u. s. w. Hat sich eine Resistenz ausgebildet, so wird nach Verfasser die Resorption des Tumors merklich ausser durch innere Terpentinölmedikation gefördert durch externe Anwendung von Terpentinöllinimenten oder Emulsionen als Umschlag auf die Stelle der grössten Resistenz. Ausgesetzt wurde das Mittel sofort beim Eintritt von Dysurie.

Die Appendicitis wird seit einiger Zeit von Dr. Brunton mit Natrium salicylicum und Belladonna in grossen Dosen erfolgreich behandelt. Er verabreicht zweistündlich 0,9—1,2 Natrium salicylicum und 10—20 Tropfen Tinctura Belladonnae. Jedes Mittel darf nur bis zum Auftreten der ersten Intoleranzerscheinungen gegeben werden. (Ohrensausen für Natriumsalicylat; Trockenheit des Mundes, Pupillenerweiterung und Pulsbeschleunigung für Belladonna). Sobald sich die ersten Symptome einstellen, wird das betreffende Mittel ausgesetzt oder seine Dosis herabgesetzt.

Dr. Kissel hat bei 33 Kindern, die im Alter von 2—13 Jahren standen und an Appendicitis erkrankt waren, Abführmittel angewendet. Zunächst bekam das Kind eine Portion Ricinusöl, dann 3—4 Tage lang eine konzentrierte Ricinus-Emulsion. Narkotika wurden nicht angewendet. Zur Linderung der Schmerzen wurde Eis oder eine Blase mit heissem Wasser auf das Abdomen appliziert, ausserdem Ruhe und ausreichende Ernährung. Von den 33 auf diese Weise behandelten Kindern genasen 31, zwei starben infolge von diffuser Peritonitis trotz rechtzeitig geleisteter chirurgischer Hilfe. In sieben Fällen kam es im Gebiet des Wurmfortsatzes zur Bildung eines Abscesses. Bei den Genesenen betrug die Behandlungsdauer durchschnittlich 19 Tage. Eine Besserung konnte man schon unmittelbar nach der Verabreichung des Abführmittels wahrnehmen.

Prof. Metschnikoff (Paris) weist auf den kausalen Zusammenhang zwischen Helminthiasis und Appendicitis hin. Von 17 Appendicitiskranken, welche Verfasser in letzter Zeit untersucht hat, hatten 12 Nematodeneier. Er ist der Ansicht, dass man manchem Appendicitiskranken die Operation ersparen könnte, wenn man in jedem Falle an Darmschmarotzer denken würde und dieselben eventuell auch abzutreiben versuchte. Als sehr gutes Mittel gegen Nematoden empfiehlt Metschnikoff das Thymol.

Auf der Klinik von Prof. Czerny (Heidelberg) wird, wie Dr. Schiller mitteilt, in jedem Falle von chronisch-katarrhalischer Appendicitis, die auf Helminthiasis verdächtig ist, eine Wurmkur durchgeführt und erst, wenn der Erfolg ein negativer ist, wird operativ vorgegangen. Gegen Ascaris und Oxyuris steht Santonin in Verwendung, gegen Trichocephalus hat sich Thymol (in der von Hausmann gebrauchten Formel:

Thymol	2,0
Ol. olivar.	4,0
Gummi arab.	2,0
Aqua destill.	60,0

morgens nüchtern jede Stunde einen Esslöffel, abends Abführmittel durch drei Tage) sehr gut bewährt und führte zur Austreibung einer gewaltigen Zahl von Würmern.

Unter 850 Fällen, welche Dr. Scholz zusammenstellt und von denen 195 operiert wurden, betrug die Gesamtsterblichkeit 4,7 %, für die Operierten allein 15,5 %. Eine anatomische Diagnose lässt sich nach Autor nicht in allen Fällen von vornherein stellen, Scholz hält daher an der alten Einteilung in leichte, mittel-

Digitized by Google

schwere und schwere Fälle fest. Die sehr verschiedene Lokalisierung der Schmerzen im Beginn wird durch einen Fall illustriert, in dem bei ganz gesunden Brustorganen der Schmerz in den ersten Tagen bis in die rechte Schulter ausstrahlte. 21 mal bestand bei ausgesprochener Geschwulstbildung in der Gegend des Appendix linksseitiger spontaner, bezw. Druckschmerz, der sich aber meist doch schliesslich nach rechts zog. Mehrfach trat nach Schwinden eines rechtsseitigen Exsudates ein solches linkerseits auf. Leichte Fälle wurden grundsätzlich konservativ behandelt und die Operation in anfallfreien Zwischenzeiten angeraten. In den mittelschweren Fällen bestand meist Abscessbildung. Bei feststehender Abscessdiagnose wurde immer operiert, auf die Aufsuchung und Resektion des Fortsatzes aber gewöhnlich verzichtet, und dieser Akt auf das anfallfreie Intervall verschoben. Bei 14 Patienten mit den Symptomen einer allgemeinen Peritonitis nach Abscessbildung handelte es sich trotz des übereinstimmenden klinischen Bildes um sehr verschiedene pathologische Veränderungen, nämlich: 1. um Fälle mit sekundärer retroperitonealer Phlegmone, 2. mit sekundärer multipler Abscessbildung, 3. mit allgemeiner eitriger Peritonitis. Sämtliche Patienten unter 1. und 3. starben.

Prof. Sprengel (Braunschweig) legt an Tabellen die Resultate einer Sammelforschung dar, die er im Dezember 1900 begonnen hat. An 516 Fällen hat er nur die Frage zu lösen gesucht, ob die Operation im Intervall oder im Anfall am vorteilhaftesten gemacht wird. Während er danach die Intervalloperation zwar für ziemlich ungefährlich hält, sprechen seine Resultate doch zu gunsten der Frühoperation, die eine weit grössere Zahl von Heilungen, weit geringere Mortalität aufzuweisen hatte, als die Spätoperation, trotzdem sie eine Mortalität von 20% gegen 2% bei Operation im Intervall aufzuweisen hatte. Er schliesst, dass die Frühoperation bei Appendicitis, bevor das Peritoneum in Mitleidenschaft gezogen ist, die einzig richtige Therapie ist.

Auch Prof. Riedel (Jena) ist der Ansicht, dass man bei Appendicitis in den ersten Stunden nach Eintritt der Erkrankung operieren müsse. Ausser der grösseren Aussicht auf Heilung hat die frühzeitige Operation noch andere Vorteile. Wenn man operiert, bevor ein Abscess da ist, kommt man mit einem kleinen Schnitte aus, so dass der Patient später keine Hernie bekommt. Dieses Auskommen mit einem kleinen Schnitte soll das in Zukunft anzustrebende Ziel bei der operativen Behandlung der Appendicitis sein. Die Muskelsubstanz und die Sehne des Obliquus externus, weiters der Obliquus internus, werden entsprechend dem Faserverlaufe gespalten und durch Nähte wird der Spalt weit auseinandergehalten. Wenn dann der in der Nähe des Poupartschen Bandes gelegene Appendix reseziert wird, genügt es, die getrennten Muskeln wieder zusammenzunähen, um eine widerstandsfähige Bauchwand zu bekommen. Um bei bereits vorhandener Eiterung die Patienten noch die grossen Vorteile des kleinen Schnittes geniessen zu lassen, hat Verfasser folgendermassen operiert: Schnitt, wie früher, bis auf den Abscess; Entleerung und Austupfen desselben. Dann wird, ohne viel nach dem Appendix zu suchen, mittelst eines umwickelten Drains der Abscess drainiert und die Operation abgebrochen. Durch die Entleerung des Eiters wird der Patient von der grössten Gefahr befreit und ausserdem werden die früher derben Gewebe um den Entzündungsherd weicher, so dass das Aufsuchen des Processus vermiformis in einer späteren Zeit leichter gelingt und die Sufficienz der Appendixnaht gesicherter ist. Diesem letzteren Umstande ist es zu verdanken, dass Verfasser fast keine Fisteln, als Folgeerscheinungen der Appendixabtragung, gesehen hat. Die zweite Operation wird vom Verfasser gewöhnlich 14 Tage nach der ersten vorgenommen, zu einer Zeit, wo die Wunden der Operation noch nicht zugeheilt sind, da sonst die Patienten, welchen es relativ gut geht, bei geschlossener Wunde sich zu keiner zweiten Operation entschliessen würden.

Prof. Broca (Paris) hält die frühzeitige Operation bei Appendicitis für nachteilig, weil der Chirurg frische Adhäsionen zerreissen kann und eine Verbreitung der Eiterherde möglich macht.

Digitized by Google

Die Operation „à chaud", d. h. während des akuten Anfalls, hat auch den grossen Nachteil, dass die Wunde tamponiert werden muss und sich langsam schliesst. Die Schwere der Krankheit hängt nicht vom anatomischen Zustand des Wurmfortsatzes ab, sondern von der Reaktion im Bauchfell. Broca teilt die Fälle in vier Sorten ein: a) die diffuse, septische oder eiterige Peritonitis; b) die zirkumskripte, adhäsive oder eiterige Peritonitis; c) die akute, einfache Appendicitis ohne Peritonitis; d) die chronische Appendicitis mit oder ohne akute Anfälle. Im ersten Fall pflegt Broca zu operieren; Auswaschen des Bauchfells lässt er jetzt fort. Bei eingetretener Sepsis ist die Operation nutzlos, jedenfalls kann der Kranke ebensowohl ohne dieselbe zur Heilung kommen; obwohl selten, kommen derartige Fälle vor. Öfter haben sich die ersten stürmischen Erscheinungen gelindert, und der charakteristische lokale Widerstand, der „Plastron" der Franzosen, hat sich gebildet, der von einem lokalen Verteidigungsreflex abhängt. Hier soll man ohne Eile abwarten, und bloss eingreifen, wenn der Eiter gar nicht zur Resorption gelangt, oder eine allgemeine Bauchfellentzündung droht. Broca hält es in den meisten Fällen für gefährlich, den Wurmfortsatz während des Anfalles zu resezieren, weil sehr oft auf diese Weise schwache Adhäsionen zerrissen werden. Es ist nicht richtig, dass nach einer frühzeitigen Resektion sekundäre Abscesse ausgeschlossen sind. Der einzige Vorteil könnte sein, dass die Vernarbung besser geschieht. Die Operation „à froid", d. h. wenn keine Entzündung besteht, soll vorgenommen werden, wenn ein akuter Anfall vorhergegangen ist, oder wenn die Krankheit vom Anfang an einen chronischen Verlauf genommen hat. Eine ähnliche chronische Appendicitis gibt leicht Anlass zu Verwechselungen, da sie oft das Aussehen eines Magenkatarrhs behält.

Prof. Sonnenburg (Berlin) war früher auch ein Anhänger der sofortigen Operation; er hat indes seine Meinung vollständig geändert, und versucht jetzt immer, die Operation in die Ruheperiode zu verlegen. Diese Handlungsweise hat auch in der Statistik die besten Resultate gegeben (Moabit). Der anatomische Zustand des Fortsatzes hat für den Verlauf der Krankheit die grösste Bedeutung. Daher empfiehlt es sich, dass der Arzt soweit wie möglich diesen Zustand kenne. Sonnenburg unterscheidet drei Fälle: 1. Appendicitis simplex, die Entzündung ist nicht sehr verbreitet und das Bauchfell ist noch gesund; 2. Appendicitis perforativa, der Wurmfortsatz ist durchgebrochen, aber im Bauchfell haben sich schützende Adhäsionen gebildet; 3. Appendicitis gangraenosa. Im letzten Fall nützen Adhäsionen nicht mehr. Es ist gewiss eine schwierige Aufgabe, diese Fälle voneinander zu unterscheiden. Wenn der charakteristische Widerstand, der „Plastron", entsteht, so hat man wahrscheinlich mit einer lokalisierten Appendicitis zu tun; es ist dann besser, zu warten. Im Gegenteil ist das Eingreifen notwendig, wenn die Schmerzen immer grösser werden, ohne dass an der rechten Seite ein Unterschied im Widerstand der Bauchmuskeln wahrnehmbar sei, wenn das Erbrechen nicht aufhört und der Puls sehr häufig und klein bleibt. Wenn starke Schmerzen in der rechten Fossa iliaca bestehen, ohne starke Allgemeinerscheinungen, dann wird die Diagnose von Appendicitis simplex gewöhnlich richtig sein; eine Operation ist bloss dann nötig, wenn die Schmerzen mehrere Tage anhalten und eine leichte Induration entsteht. In der Untersuchung des Blutes findet man ein sehr wertvolles Hilfsmittel; die Beobachtungen Sonnenburgs haben ihn zu folgenden Schlussfolgerungen geleitet: 1. Am Anfang der Krankheit hat die Vergrösserung der Leukocytenzahl keine Bedeutung, weil sie in allen Formen entsteht. 2. Die Leukocytose hat für die Diagnose späterer Eiterungen und Abscesse eine grosse Bedeutung. 3. Gänzlich eingeschlossene Abscesse geben keine nennenswerten Änderungen im Blut. 4. Nach Ablauf der akuten Appendicitis kann die Blutuntersuchung zur Diagnose helfen zwischen Ileus und Bauchfellentzündung.

Prof. Gallet (Brüssel) gibt in folgender Tabelle seine Ansichten wieder:

Digitized by Google

	Wann soll operiert werden?	Wie soll operiert werden?
1. Appendicitis in den ersten 24 Stunden	Sofort	A. Laparotomie; Resektion des Fortsatzes ohne Drainieren. B. Laparotomie; keine Resektion, wenn Adhäsionen im Wege stehen.
2. Appendicitis mit lokalisierter Bauchfellentzündung	A. Abwarten. B. Operieren, wenn der offenbar eitrige Herd eine grössere Ausdehnung fürchten lässt	A. Medizinische Behandlung. B. Laparotomie; den Fortsatz soll man nicht suchen. Drainieren.
3. Allgemeine Bauchfellentzündung	Sofort	Öffnen und Drainieren.
4. Septische allgemeine Bauchfellentzündung	Sofort	Mehrere Öffnungen. Auswaschen mit H_2O_2.
5. Appendicitis „à froid"	—	Laparotomie.

Da die grosse Mehrzahl der Appendicitisfälle spontan in Genesung übergeht und die Mortalität dieser Fälle nur etwa 5% beträgt, so verwirft Prof. Treves (London) die Frühoperation, die eine Mortalität von mindestens 20% aufweist. Frühoperationen sind nur gestattet in den sogenannten foudroyanten Fällen, die übrigens recht selten sind, sowie dann, wenn Eiterung mit grosser Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden kann. Eiterung ist aber in Anbetracht der grossen Anzahl von Appendicitisfällen aller Art selten. Meist kann man ruhig zuwarten und sich für oder gegen eine Operation am fünften Tage oder noch später entschliessen. So konservativ übrigens Treves im Anfall vorgeht, so radikal wird er nach Ablauf desselben, da er empfiehlt, in jedem Falle, wo ein schwerer Anfall vorausgegangen ist, einige Wochen nach Ablauf der akuten Symptome die Appendix zu entfernen. Er habe bei über 1000 Operationen dieser Art nur zwei Todesfälle gehabt. Ist es übrigens im Anfalle zur Eiterung gekommen und wurde der Abcess entleert, ohne dass der Wurmfortsatz gleichzeitig entfernt werden konnte, so empfiehlt er nur dann eine weitere Operation, wenn wieder deutliche Anfälle auftreten. Meist ist eine Operation unnötig, da der Prozess durch die Eiterung zur Ausheilung kommt, Folgt der erste Anfall bei Kindern oder Erwachsenen nachweislich auf einen groben Diätfehler oder auf eine länger dauernde Verstopfung, so braucht man mit der Entfernung des Wurmfortsatzes nicht sehr zu eilen, da diese Fälle nach Beseitigung der Ursachen häufig nicht rezidivieren.

Prof. Rinne (Berlin) teilt hinsichtlich der Frage der Operation die Appendicitiserkrankungen ein in leichte und schwere Fälle. Als leichte betrachtet er die klinisch gutartig verlaufenden, die mit Schmerzen, event. nachfolgendem Erbrechen und Übelkeit und mehr oder weniger Temperatursteigerung beginnen, bei denen aber das Allgemeinbefinden wenig alteriert, Puls und Aussehen gut ist. Diese Erscheinungen klingen in wenigen Tagen ab und der Patient ist wieder gesund. Es kann bei einem Anfall bleiben, gewöhnlich wiederholen sie sich in verschieden langen Zwischenräumen. Anatomisch entspricht diesem klini-

Digitized by Google

schen Bilde eine Appendicitis simplex ohne Eiterung, ohne Gangrän und Perforation. Dagegen können die mannigfachsten Veränderungen am Wurmfortsatz bestehen (Schwellung der Schleimhaut, Hydrops, narbige Verengerungen und Abschnürungen, peritoneale Verwachsungen u. s. w.). Diese Fälle operiert Verfasser nicht im und nach dem ersten Anfall, sondern wartet ab. Kommt ein Rezidiv, so rät er immer zur Operation und operiert gewöhnlich im Intervall. Bei allen schweren Fällen, die Eiterung vermuten lassen, die mit länger dauernden Schmerzen, Fieber, Tumor, peritonitischer Reizung und wesentlicher Alteration des Gesamtbefindens einhergehen, operiert er sofort oder redet wenigstens energisch zu.

Die Behandlung der Perityphlitis wird an der Baseler Klinik, wie Prof. Müller an der Hand von 100 einschlägigen Fällen mitteilt, von folgenden Anschauungen geleitet: Es gibt zwei Arten der Perityphlitis, eine gutartige und eine bösartige Form. Die gutartige Form ist anatomisch gekennzeichnet in den leichtesten Formen durch entzündliche und narbige Veränderungen der Schleimhaut, die sich ganz succeasive auch auf die übrige Wandung und damit auf das Peritoneum des Processus und der Nachbarschaft fortsetzen können und hier seröse, fibrinöse oder eitrige Entzündungen hervorrufen. Bei diesen gutartigen Formen wird im Anfall nur dann operiert, wenn die Bildung eines Abscesses bestimmt zu erwarten ist. Die Opiumtherapie wird durchaus verworfen. Der Processus wird bei der Abscessincision nur dann entfernt, wenn er direkt vorliegt. Die radikale Heilung dieser Fälle wird durch Exstirpation der Appendix im anfallsfreien Stadium erreicht und zwar wird womöglich erst 6—8 Wochen nach dem Anfall operiert. Die bösartige Form der Perityphlitis führt rasch zur Zerstörung der Wand der Appendix, zu Austritt von Infektionsstoffen in die Bauchhöhle und ungehinderter Propagation derselben: sie geht meist letal aus. Die Behandlung müsste in möglichst früher Entfernung des Processus bestehen, doch ist eine rechtzeitige sichere Diagnose bei der eminent raschen Ausbreitung des Processes oft nicht möglich. Als anatomische Eigentümlichkeit dieser bösartigen Formen sind die Kotsteine zu betrachten.

Dr. Wette (Weimar) gelangt bezüglich der Behandlung der Appendicitis zu folgenden Schlüssen: 1. Die Appendicitis simplex ist in den meisten Fällen Gegenstand interner Behandlung. 2. Die rezidivierende Form der Appendicitis und die sogenannte larvierte Appendicitis (Appendicitis chronica) sind nur durch Entfernung des Wurmfortsatzes zu heilen. 3. Bei der Appendicitis perforativa gelten folgende Regeln: a) Die akute diffuse Peritonitis ist unter allen Umständen sofort zu operieren. b) In allen Fällen, in denen die Diagnose diffuse Peritonitis unsicher ist, ist die Operation unbedingt der richtige Weg. In sehr vielen Fällen ist die Diagnose unmöglich. Setzt in solchen Fällen die Krankheit gleich unter stürmischen Erscheinungen ein, wartet man besser nicht ab, sondern operiert sofort. c) Die zirkumskripte Peritonitis, der perityphlitische Abscess in allen seinen Variationen, der sog. akute Anfall eitriger Perityphlitis ist unter allen Umständen operativ zu behandeln, wenn nach Ablauf von 3—4 Tagen die Krankheitssymptome nicht abnehmen oder gar an Intensität zunehmen. Wer sicher gehen will, operiert noch früher. d) Alle Falle von zirkumskripter akuter Peritonitis sind sofort zu operieren, wenn das Krankheitsbild von vornherein ein sehr schweres ist (Schüttelfrost, schlechter Puls, excessive Druckempfindlichkeit etc.). 4. Bei der rezidivierenden Form der Appendicitis perforativa ist auch im akuten Anfall zu operieren, da dieser dieselben Gefahren birgt, wie ein erster akuter Anfall. 5. Im freien Intervall sind alle Fälle öfters rezidivierender Appendicitis zu operieren, die der Zufall einem zuführt, um neuen Anfällen vorzubeugen, und jene Fälle, in denen Darmverwachsungen hochgradige Beschwerden verursachen. 6. Narkotika, wie Opium und Morphium, sind im akuten Anfall zu vermeiden, da sie das Krankheitsbild verschleiern und dadurch die Diagnose erschweren und vor allem, weil sie die bei Peritonitis gefürchtete Darmlähmung fördern. 7. Die Entfernung des Wurmfortsatzes ist möglichst bei allen Operationen anzustreben. Die Resektion

Digitized by Google

dieses kleinen Organs ist ein ungefährlicher Eingriff

Dr. Sendler (Magdeburg) äussert sich über den Zeitpunkt der Operation bei Perityphlitis folgendermassen. Unbedingt erheischt die sofortige Operation die vom Wurmfortsatze ausgehende akute Perforationsperitonitis. Wie bei anderen Perforationsperitonitiden kommt man auch hier mit dem Eingriff häufig zu spät und der Kranke erliegt rasch der peritonealen Sepsis, zuweilen aber sind doch schöne Erfolge zu erzielen. Ferner ist zu operieren bei jeder nachgewiesenen Eiterung, auch bei der ersten Attacke. Wenn möglich, soll der Eingriff vor Eintritt peritonitischer Reizung ausgeführt werden, sonst nach Ablauf derselben, da dann die Gefahr des Übergreifens auf gesunde Teile der Bauchhöhle durch die Bildung von Verklebungen eine geringere wird. Solche Kranke sind aber auf das Genaueste zu beobachten. So lange das Allgemeinbefinden befriedigend, der Puls gut ist und die lokalen Erscheinungen nicht zunehmen, mag abgewartet werden; treten aber bedrohliche Erscheinungen auf: erneutes Erbrechen, Anstieg der Temperatur, kleiner, beschleunigter Puls, verfallener Gesichtsausdruck, dann ist sofort zu operieren. Im allgemeinen kommt es hier auf die Temperatur weniger an, als auf den Puls, und ganz besonders ominös hat sich Sendler in solchen Fällen das Auftreten eines kleinen, rasches Pulses bei niedriger Körpertemperatur erwiesen. Dass manche dieser Fälle auch ohne Operation die Gefahr überstehen, beweist nichts gegen die Richtigkeit der Indikation, denn niemand kann den Ausgang garantieren und man spielt ein gefährliches Spiel mit Leben und Gesundheit seiner Kranken, wenn man dem Eiter keinen Abfluss verschafft. Das Gesagte gilt nicht nur für die um den Wurmfortsatz lokalisierte Eiterung, sondern auch in gleichem Masse für die progrediente fibrinös-eitrige Peritonitis, den retroperitonealen Abscess und die retroperitoneale Phlegmone und den Beckenabscess. Alle diese Fälle sind operativ zu behandeln, sobald die Diagnose gestellt ist.

Dr. Rudolph (Magdeburg) hält die Operation bei Appendicitis nach seinen Erfahrungen nur selten für indiziert. Erst wenn alle Hilfsmittel der inneren Therapie verwandt worden sind und keinen Nutzen gebracht haben, ist ein operativer Eingriff in Betracht zu ziehen. Häufige Rezidive sind hier auch kein Grund zur Operation. Viele Paratyphlitiden sind infektiöser Natur, vielleicht die meisten. Ein Fremdkörper wird verhältnismässig selten gefunden. Zweifellos besteht z. B. ein Zusammenhang zwischen Paratyphlitis und Angina tonsillaris. Solche Fälle, die im Gefolge von akuten Infektionskrankheiten auftreten, scheinen ihm, wenn sie auch noch so schwer einsetzen, prognostisch durchaus günstig zu sein.

Dr. Koch berichtet über 200 auf der Rotterschen Abteilung des St. Hedwigs-Krankenhauses in Berlin im anfallsfreien Stadium operierte Fälle. Trotzdem hier alle Fälle verrechnet sind, auch die mit Fisteln komplizierten (drei einfache, drei Kotfisteln, drei tuberkulöse Fisteln), ist nur ein Patient gestorben, also 0,5 % Mortalität. Bei 58 Fällen war früher ein Abscess incidiert worden. Den Grund für die hervorragend guten Resultate Rotters sieht Koch darin, dass die Radikaloperation erst 4—5 Wochen nach dem Anfall vorgenommen wird. Die namentlich im Gegensatz zu dem Materiale Sonnenburgs sehr geringe Zahl von Fisteln nach Abscessincisionen glaubt Koch dem Umstand zu verdanken, dass der Processus bei der Operation im Anfall nicht entfernt wird, es sei denn, dass er sehr bequem zu exstirpieren ist.

Prof. Sonnenburg (Berlin) führt die Lungenkomplikationen bei Appendicitis auf Embolieen zurück. Der vielfach angeschuldigten Äthernarkose glaubt er die Schuld nicht so häufig zuschreiben zu müssen, aber doch gibt er die Möglichkeit einer Disposition durch den Äther zu. Auch die Abkühlung, Erkältung hält er nicht für so verantwortlich. Nun aber ist jeder mit Appendicitis Erkrankte auch mit Thromben behaftet, solche Thrombosen und Embolieen hat er in 5 % der Operationen beobachtet. Dabei hat sich die auffällige Tatsache ergeben, dass auch bei den Patienten, die im freien Intervall operiert worden sind, Embolieen aufge-

Digitized by Google

treten sind. Das glaubt Sonnenburg zum Teil auf alte, bei der Operation wieder gelockerte Thromben, zum anderen Teil aber, besonders bei den Privatkranken, darauf zurückzuführen, dass die besseren Patienten ein „schlaffes" Herz haben, das zu der Form der marantischen Thrombose Veranlassung gibt. Der Gefässzerrung glaubt Autor viel Schuld an einer Embolie und Thrombose zuschreiben zu müssen, woraus er folgert, dass die Operation so früh als möglich zu geschehen hat, damit die Gefässzerrung möglichst vermieden werden kann. Sonnenburg geht noch auf die Verwechslung von Embolie und Herzschwäche ein, warnt vor Darreichung von Digitalis, und empfiehlt Morphium als einziges Mittel bei auftretender Dyspnoe.

Dr. Lindner über Blinddarmentzündung in der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden (Münch. med. Wochenschr. Nr. 12). — Über diffuse adhäsive Peritonitis infolge von Appendicitis von Dr. Karewski (Arch. f. kl. Chir. 68. Bd. 1. H.). — Klinische Erfahrungen über Behandlung der Perityphlitis von Prof. Bäumler (Deutsch. Arch. f. klin. Med. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 12). — Die Krankheiten des Darmes und des Peritoneums von Prof. Nothnagel. Wien, Verlag von Hölder, 1901. (Ther. d. Gegenw. 4. H.) — Die medizinische Behandlung der Appendicitis von Dr. Burnet (Lancet. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 51). — Vermeidbare Appendicitiskomplikationen von Prof. Ochsner (Münch. med. Wochenschr. Nr. 8). — Erfahrungen über die Anwendung von Terpentinöl bei Blinddarmentzündung von Dr. Meyer (Münch. med. Wochenschr. Nr. 32). — Behandlung der Appendicitis von Dr. Brunton (Sem. méd. Nr. 33. — Ther. Monatsh. 11. H.). — Dr. Kissel über die Behandlung der Appendicitis bei Kindern auf dem Parogowschen Kongresse zu Moskau (Med. Woche Nr. 25). — Helminthiasis und Appendicitis von Prof. Metschnikoff (Wratsch Nr. 1. — Ther. der Gegenw. 2. H.). — Beiträge zur pathologischen Bedeutung der Darmparasiten besonders für die Perityphlitis von Dr. Schiller (Beitr. z. kl. Chir. 34. Bd. — Zentralbl f. d. ges. Ther. 10. Heft). — Über Perityphlitis von Dr. Scholz (Mitt. a. den Hamb. Staatskrankenanst. — Schm. Jahrb. 237. Bd. 2. H.). — Prof. Sprengel über neue Erfahrungen über Appendicitis und Behandlung der Peritonitis auf dem deutschen Chirurgenkongresse (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 32). — Die zweizeitige Operation bei Appendicitis purulenta et gangraenosa von Prof. Riedel (Langenb. Arch 66. Bd. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 6. H.). — Prof. Broca, Prof. Sonnenburg und Prof. Gallet über die chirurgische Behandlung der Appendicitis in der Belgischen Gesellschaft für Chirurgie (Münch. med Wochenschr. Nr. 47). — Zur Entzündung des Wurmfortsatzes von Prof. Treves (Brit. Med. Journ. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 32). — Zur operativen Behandlung der Perityphlitis von Prof. Rinne (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 28. — Med. Blätter Nr. 33). — 100 Fälle von Perityphlitis von Dr. Müller (Arch. f. klin. Chir. 66. Bd.). — Über Appendicitis unter besonderer Berücksichtigung der chirurgischen Indikationsstellung von Dr. Wette (Arch. f. klin. Chir. 66. Bd.). — Dr. Sendler und Dr. Rudolph über den Zeitpunkt der Operation bei Perityphlitis in der medizinischen Gesellschaft zu Magdeburg (Münch. med. Wochenschr. Nr. 26). — Erfahrungen über die chronische rezidivierende Perityphlitis auf Grund von 200 Radikaloperationen von Dr. Koch (Arch. f. kl. Chir. 67. Bd. 2. H.). — Prof. Sonnenburg über Lungenkomplikationen bei Appendicitis auf dem deutschen Chirurgenkongresse zu Berlin (Münch. med. Wochenschr. Nr. 16).

Arsen und Arsenverbindungen. Dr. Jesionek hat an der Klinik von Prof. Posselt in München bei verschiedenen Dermatosen mittelst Injektionen der nach Ziemssen-Speth hergestellten Lösungen, des arseniksauren Natronsalzes ausgezeichnete Resultate erzielt. Er verabreicht die Injektionen intramuskulär in die M. glutaei, und beginnt die Kur für gewöhnlich mit 0,5 ccm, geht aber sehr bald zu einer ganzen Spritze über (= 0,01 Na arsenicos.) und verbleibt bei dieser Tagesdosis meistens während der ganzen Behandlung. Nahezu in allen Fällen wiederholt er die Einspritzungen nicht jeden Tag, sondern jeden zweiten Tag. Wie viele Injektionen verabreicht werden sollen, lässt sich natürlich nicht voraus-bestimmen; es hängt die Menge des notwendigen Arsenik in erster Linie ab von der Natur des Leidens. Bei Lichen ruber, bei Dermatitis herpetiformis, denjenigen Affektionen, die die energischste und ausgiebigste As-Medikation erheischen, genügen für gewöhnlich 25—30 ccm der Lösung — eine geringe Menge von Arsenik, wenn man die gewaltigen Massen damit vergleicht, die man anderwärts in Hunderten und Tausenden von Pillen dem Organismus einverleibt! Allerdings haben Untersuchungen der Fäces solcher mit asiatischen Pillen gefütterten Patienten ihm belehrt, dass diese Pillen häufig genug vollkommen unverdaut den Darm wieder verlassen. Nur durch einen solchen Befund lässt sich die kolossale Differenz der notwendigen absoluten Arsenikmengen bei den einzelnen Formen der Medikation erklären. Wo es sich darum handelt,

Digitized by Google

rasch eine kräftige As-Wirkung zu erzielen, haben sich die Injektionen in hervorragendem Masse bewährt. Toxische Nebenerscheinungen hat Autor bei den mehr als tausend im Laufe der letzten Jahre verabreichten Einspritzungen so gut wie niemals beobachtet, insbesondere sind ihm einigermassen bedeutendere Störungen seitens des Magendarmkanals oder seitens des Nervensystems nicht vorgekommen.

Dr. Mendel (Essen a. d. Ruhr) hält den Ersatz des bisher therapeutisch verwandten Arsepiks durch das kakodylsaure Natron für eine wesentliche Verbesserung und empfiehlt letzteres als ganz besonders wirksam in intravenösen Einspritzungen. Er spritzt 0,05—0,20 täglich ein, hat davon keinerlei Unannehmlichkeiten, wohl aber gute Erfolge, namentlich bei schwerer Anämie und bei Tuberkulose, gesehen.

Das kakodylsaure Natron bewährte sich, wie Dr. Martinet mitteilt, besonders bei Krankheiten mit Verlangsamung des Stoffwechsels, Schwächung des Allgemeinzustandes und vor allem bei Lungentuberkulose ersten und zweiten Grades mit oder ohne Hämoptoë. Im dritten Stadium scheint es weder eine günstige noch ungünstige Wirkung auszuüben. Kontraindiziert ist es bei den erethischen Tuberkuloseformen, bei Miliartuberkulose und bei ausgesprochener Abzehrung, weil es in diesen Fällen den Zustand der Kranken ungünstig beeinflusst. Ferner wäre seine Anwendung in der Rekonvalescenz nach schwächenden Krankheiten (Rheumatismus, Bronchitis Pleuritis, Infektionskrankeiten), besonders nach Influenza, die ja so oft zur Tuberkulose führt, endlich bei Malaria, konstitutionellem Asthma, bei Dermatosen und Neurasthenien durchaus am Platze,

Nach Prof. Gautier (Paris) soll man das kakodylsaure Natron nur in Form der subkutanen oder intramuskulösen Injektion anwenden, für die er folgende Formel angibt:

Rp Natrii cacodylici puri 6,4
Alcohol. carbolisat. (10 %) gtt. X.
Aqu. destill. 100,0.
Zu sterilisieren.

Man beginnt mit kleinen Dosen, d. h. mit 0,025—0,05 g und steigt allmählich bis 0,1 g. Höhere Dosen scheinen keinen Vorteil zu bieten. Die meisten Kliniker machen an 8—12 Tagen täglich eine Injektion und lassen dann eine Pause von acht Tagen eintreten, ehe sie wieder mit den Injektionen beginnen. Durch Joddarreichung scheint die Wirkung des kakodylsauren Natrons verstärkt zu werden. In Fällen, in denen aus irgend einem Grunde keine Injektionen gemacht werden können (Ängstlichkeit des Kranken oder Unmöglichkeit, den Patienten täglich zu besuchen etc.) empfiehlt der Verfasser entgegen dem Rate Gautiers, das Medikament intern oder per rectum zu verordnen. In diesem Falle freilich erhält der Atem des Kranken einen unangenehmen Knoblauchgeruch. Für den internen Gebrauch verschreibt man:

Rp. Natrii cacodylici 0,5
Aquae destillatae 100,0.
S.: 1—2 Kaffeelöffel (0,025—0,05 g) in reichlichem Getränk während der Hauptmahlzeiten zu nehmen, oder in Pillenform.

Rp. Natrii cacodylici 0,02
Resinae Benzoës
Pulvis Liquiritiae ää 0,01.
Alcohol. (90 %) gtt. I.
Pro una pilula.
D. No. XX.
S.: 1—2 Pillen während des Abendbrots und Mittagessens.

Die rektale Anwendung ist folgende:

Man injiziert 8—10 Tage hintereinander täglich einmal von einer wässerigen ½ – 1 %igen Lösung des Salzes 1—2 Kaffeelöffel (= 0,025—0,1 der wirksamen Substanz), die mit 1—2 Suppenlöffel gekochten Wassers verdünnt werden. Sollte es nötig sein, fügt man jedesmal 2—3 Tropfen Opiumtinktur hinzu. Nach jeder 8—10 tägigen Einspritzungsserie pausiert man, wie oben, eine Woche. 6—12 jährigen Kindern hat Autor regelmässig ohne Nachteil 3—12 cg verordnet.

Ein den Kakodylpräparaten sehr nahestehendes Mittel, das methylarsensaure Natrium oder Arrhenal wird von Prof. Gautier (Paris) auf Grund eigener Erfahrungen und Erprobung durch Dr. Billet in Algier gegen schwere Malaria

Digitized by Google

empfohlen, und zwar subkutan in der Dosis von 0,05—0,15 g. Heilung nach ein bis drei Injektionen des in dieser Menge unschädlichen Mittels, das vor Chinin neben der sicheren Wirkung noch mehrfache Vorteile voraus hat, so Fehlen der Magenbeschwerung, Hebung des Kräftezustandes und Zunahme der roten Blutzellen und ihres Hämoglobingehaltes. Auch bei Tuberkulose in ihren verschiedenen Graden, bei Asthma und Bronchitis, Chorea, bei Lymphdrüsenentzündungen, bei schwerer Leukämie, bei Erbrechen in der Schwangerschaft und bei Hautaffektionen hat Autor mit dem Mittel günstige Erfolge erzielt. Der grosse Vorteil des Methylarsensalzes liegt darin, dass es ohne Schaden subkutan injiziert oder per os aufgenommen werden kann, ohne Dyspepsie, Gastritis, Nierenkongestionen, Albuminurie zu erzeugen, welch unangenehme Folgen sonst immer bei lange fortgesetztem Gebrauch der Kakodylpräparate eintreten. Was die Dosen der Arrhenals betrifft, so kann man, ohne toxische Zufälle hervorzurufen, bis 15 cg und bei manchen Personen bis auf 20 cg pro Tag gehen, selten braucht man jedoch die Dosis von 5 cg überschreiten, mit welcher, besonders bei den Tuberkulösen, das Medikament seine Hauptwirkung besitzt. Gautier hält die schwachen Dosen, 5 cg, zuweilen nur 2 cg pro Tag, für zweckmässig. Wie bei den Kakodylpräparaten muss man den Gebrauch des Arrhenals bei allen den Kranken sorgfältiger überwachen, deren Leber insufficient ist (Cirrhose, Kongestionen), bei Herzkranken und bei Patienten mit Darm- und Lungenblutungen; aber selbst in letzterem Falle kann es in schwachen Dosen noch nützlich sein. Das Arrhenal ist ein Medikament ohne Geruch, fast ohne Geschmack, welches den Magen nicht belästigt, es muss während des Essens genommen werden und hat keinerlei nachteiligen Einfluss auf die Verdauung. Man gibt es fortgesetzt 5—7 Tage hindurch, um dann ebenso lange wieder damit auszusetzen. Mit dieser Vorsicht einverleibt, kann das Arrhenal Monate hindurch genommen werden.

Nach Dr. Vigenaud (Paris) bewirkt das Arrhenal Erscheinungen von Lungenkongestion und oft sogar Hämoptysen; Vigenaud sieht daher dieses Medikament als gefährlich bei Lungentuberkulose an.

Dr. Bolognes (Paris) fand niemals diese Nebenwirkung des Arrhenals, er liess dasselbe in titrierter Lösung (5:100 dest. Wasser) in der Dosis von 20—30 Tropfen morgens sechs Tage hindurch nehmen, sechs Tage wieder aussetzen u. s. f.; er hält das Arrhenal für ein vorzügliches Mittel bei Lungentuberkulose, welches Appetit macht, bessere Atmung und Fettansatz bewirkt, das Allgemeinbefinden bessert, mit einem Wort wie Arsenik wirkt, ohne die Übelstände der Arsenikpräparate in hoher Dosis zu besitzen.

Prof. Le Gendre (Paris) hebt hervor, dass für die Anwendung des Arrhenals ebenso wie für die der Kakodylpräparate Fieber und Hämoptysen Gegenindikationen bilden.

Dr. Danlos (Paris) wendet das Arrhenal gegen Psoriasis an und zwar gewöhnlich in der Dosis von 0,4 g pro Tag; er ist erstaunt, wie leicht diese hohen Gaben ertragen werden, so dass er sie noch zu steigern beabsichtigt. Von seite der Lungen hat er nie Nebenerscheinungen beobachtet.

Dr. Mouneyrat (Paris) hat mit dem Natriummethylarsenat eine leicht assimilirbare Phosphorverbindung, die Nukleinsäure und zwar die von der Milch der Häringe stammende, verbunden. Es wurden ca. 30 ccm dieser Mischung zweimal täglich in der Weise verordnet, dass pro Tag 0,05 Methylarsenat und 0,2 Nukleinsäure gegeben wurden. Um möglichst einwandfreie Resultate zu haben, behandelte Mouneyrat fiebernde Tuberkulose des ersten und zweiten Stadiums, welche bereits ohne Erfolg Kreosot, Na cacodyl., Lecithin u. s. w. genommen hatten, schon lange ans Bett gefesselt waren und deren Zustand fortschreitende Verschlechterung aufwies. In den meisten Fällen hat diese Arsenik-Phosphor-Verbindung innerhalb kurzer Zeit, in höchstens einem Monat, Besserung des Allgemeinbefindens, Vermehrung des Appetits, Verschwinden der Nachtschweisse und

Digitized by Google

des Fiebers, sowie Verminderung oder Aufhören des Hustens bewirkt.

An Prof. Lassars (Berlin) Klinik wurde, wie Dr. Schild mitteilt, das Atoxyl (Metaarsensäureanilid) zu dermatotherapeutischen Zwecken verwendet. Es wurden 75 Fälle behandelt, welchen ca. 1500 Einspritzungen gemacht wurden. Von einer 20 %igen Lösung wurden bei der ersten Injektion zwei Teilstriche der Pravazschen Spritze, dann in 2—4tägigen Zwischenräumen immer mehr bis zu einer ganzen Spritze verabreicht. Mit diesem Präparate konnte ein zehnfach höheres Quantum an Arsen dem menschlichen Körper zugeführt werden, als mit der arsenigen Säure.

Dr. Bartelt empfiehlt das Arsenhämol, welches den Verdauungstraktus weniger belästigt, als das freie Arsen und eignet sich daher für alle Fälle, in denen bisher Pillulae asiaticae oder Fowlersche Tinktur angewendet wurden, also bei Psoriasis, Lichen, Neuralgie bei Herpes zoster u. a. Eine zweckmässige Ordination ist:

Rp.: Arsenohaemoli 5,0
Succ. et pulv. rad. Liquirit. 1,25
Mucilag. gum. arab. q. s. u. f. pilul. N. 50. Obduce lacca.
S. 3 Pillen täglich; jeden 4. Tag um 1 Pille steigen bis 10 pro Tag.

Die Modifikation der subkutanen Arsenikotherapie nach Ziemssen-Speth von Dr. Jesionek (Münch. med. Wochenschr. Nr. 30). — Über die therapeutische Verwendung des kakodylsauren Natrons und die intravenöse Arsenbehandlung von Dr. Mendel (Ther. Monatsh. 4. H.). — Die Anwendungsweise von kakodylsaurem Natron von Dr. Martinet (Presse méd. — Ther. Monatsh. 5. H.). — Arrhenal von Prof. Gautier (Klin. therap. Wochenschr. Nr. 8). — Prof. Gautier über Arrhenal in der Académie de médecine zu Paris (Münch. med. Wochenschr. Nr. 21). — Dr Vigenaud, Dr. Bolognese, Prof. Le Gendre und Dr. Danlos über die Wirkung des Arrhenals bei Tuberkulose in der Société de Thérapeutique zu Paris (Münch. med. Wochenschr. Nr. 32). — Dr. Mouneyrat über die organischen Arsenik- und Phosphorpräparate bei der Behandlung der Lungentuberkulose in der Akadémie des sciences zu Paris (Münch. med. Wochenschr. Nr. 22). — Das Atoxyl (Metaarsensäureanilid), ein neues Arsenpräparat und dessen dermatotherapeutische Verwendung von Dr. Schild (Berl. klin. Wochenschr. — Zentralblatt f. d. ges. Ther. 6. H.). — Arsenhämol von Dr. Bartelt (Heilk. 5. H.).

Arterienspannung. Zur Herabsetzung des Blutdruckes bei chronischer Steigerung der Arterienspannung empfiehlt Dr. Lander-Brunton den andauernden Gebrauch von Kaliumnitrat mit Zusatz geringer Mengen von Kaliumnitrit. Die Kombination dieser Salze setzt den Blutdruck herab durch direkte Beeinflussung der Herztätigkeit und zugleich durch Erweiterung der Blutgefässe. Da ferner die Kalisalze diuretische Wirkung besitzen, so werden auch Stoffe den Organismus schneller verlassen können, welche z. B. bei Nierenkrankheiten und besonders bei der Gichtniere den Anstieg des Blutdruckes erzeugen. Die Verordnung lautet nach Brunton:

Rp.: Kalii bicarbonic. 1,8
Kalii nitric. 1,2
Kalii nitros. 0.03
morgens in einem grossen Glase Wasser gelöst zu nehmen.

Über Arterienspannung v. Dr. Lander-Brunton (Deutsch. med. Wochenschr. Nr. 16).

Arteriosklerose. Die Arteriosklerose wird nach Dr. Weiss (Wien) häufig fälschlich als Alterserkrankung bezeichnet. Autor führt mehrfach Beispiele von jungen Individuen an, im Alter zwischen 30—40 Jahren, wo ausgeprägte Arteriosklerose vorhanden war. Unzweifelhaft bildet die schwere körperliche Arbeit ein prädisponierendes Moment. Verfasser fand bei seinem reichen Krankenkassenmaterial die ausgeprägtesten Symptome von Rigidität und Schlängelung der Arterien bei Schmieden, Schlossern u. zw. schon in ziemlich jungen Jahren. Das Wort „alt" deckt sich keineswegs mit „arteriosklerotisch", resp. „Jugend" schliesst nicht das Vorhandensein der „Arteriosklerose" aus. In jungen Jahren tritt sie dann meist unter dem Bilde einer Neurasthenie auf. Umgekehrt kann die Arteriosklerose auch im höchsten Alter vollständig fehlen. Bezüglich der Therapie befürwortet Autor die Jodmedikation sowohl bei peripherer, als zentraler Arteriosklerose, indem man dadurch einen Stillstand in der Entwickelung derselben erzielen kann. Ausser Jodkali empfiehlt er zur Anwendung das Jodipin und Jodothyrin,

Digitized by Google

namentlich aber auch das Jodvasogen, das dem Autor gegen asthmatische Beschwerden, Sternalschmerz und Oppressionsgefühl bei zentraler Arteriosklerose vorzügliche Dienste leistete. Er beginnt mit dreimal täglich zehn Tropfen und steigt jeden zweiten Tag um fünf Tropfen, bis der Patient bei dreimal 30 Tropfen anlangt, worauf er langsam wieder auf dreimal zehn Tropfen hinabgeht.

Die Jodwirkung bei Arteriosklerose wird von Dr. Jodlbauer (München) folgendermassen begründet. Das Jod bewirkt eine Erweiterung der peripherischen Gefässe. Wenn der Druck in den Arterien sehr bedeutend ist, fällt die bei jeder Systole normal ausgetriebene Blutmenge. Es findet hierbei eine Stauung von Blut im Herzen statt. Durch das Herabmindern des Druckes kann sich der Herzventrikel wieder vollständiger kontrahieren und seinen Inhalt vollständiger austreiben. Rückläufig wird auch der Vorhof und die einmündenden Venen entlastet. Da bei der Arteriosklerose ebenfalls ein sehr hoher Druck besteht, werden sich hier infolge der durch die Gefässerweiterung eintretenden Druckherabsetzung dieselben günstigen Wirkungen auf das Herz einstellen. Ausserdem wird das Herz, wenn sich die Gefässerweiterung auch auf die Kranzgefässe ausdehnt, infolge vermehrter Blutzufuhr besser ernährt und kann infolgedessen mehr Arbeit leisten. Die Dilatation erklärt auch die von einigen Autoren gefundene Beschleunigung des Lymphstromes; denn der vermehrte Zufluss arteriellen Blutes vergrössert die Lymphbildung und Lymphmenge. Durch die Vermehrung des Lymphstromes werden die den Zellkomplexen unnützen Stoffe, wie Ermüdungsprodukte, rascher abgeführt werden.

Zur Pathogenese, Klinik und Therapie der Arteriosklerose von Dr. Weiss (Heilk. 2. H. — Med. Blätter Nr. 13). — Kann man eine Jodwirkung bei Arteriosklerose pharmakologisch begründen? Von Dr. Jodlbauer (Münch. med. Wochenschrift Nr. 16).

Aspirin. Das Aspirin wird, wie Dr. Gassner (Wien) mitteilt, aus der Salicylsäure durch Einführung einer Acetylgruppe an Stelle eines Wasserstoffatoms erhalten. In alkalischen Flüssigkeiten zerfällt es in Salicylsäure und in Essigsäure. Daraus geht hervor, dass dieser Ester der Salicylsäure den Magen ziemlich unverändert durchwandert und erst im alkalischen Darmsaft gelöst und gespalten wird, worauf die Salicylsäure resorbiert wird. Dies erklärt die bessere Verträglichkeit des Aspirins: es wirkt, da es erst im Darm gespalten wird, auf die Magenschleimhaut nicht reizend und ruft infolge dessen weder Ohrensausen, noch Schwindel, Magendrücken oder Erbrechen hervor. In manchen Fällen zeigte allerdings auch das Aspirin geringe Nebenwirkungen, aber nicht in dem Masse, wie das Natronsalicylat. Die Nebenwirkungen bestanden in der Regel in einer gewissen Empfindlichkeit in den Ohren, ohne dass es zum Ohrensausen gekommen wäre, mitunter auch in Magendrücken. In solchen Fällen hat Verfasser mit der Darreichung von Aspirin in kalter Milch gute Erfahrungen gemacht. Auch lässt er das Mittel in Wasser aufgeschwemmt, mit Zucker und etwas Zitronensaft als Limonade nehmen. Endlich kann man in ausgesprochenen Fällen von Anacidität auch etwas Salzsäure hinterher nehmen lassen. Im allgemeinen pflegt er das Mittel in Pulverform in Oblaten zu verschreiben, oder aber in Form der Aspirintabletten. Verfasser hat das Mittel nicht nur bei akutem und chronischem Gelenksrheumatismus, sowie Muskelrheumatismus, Neuralgien, Ischias und Gicht mit Erfolg angewandt, sondern auch bei fieberhaften Erkrankungen. Die Wirkung war fast immer eine vorzügliche, jedenfalls mindestens ebenso gute, wie beim Natronsalicylat, in vielen Fällen aber schien sie intensiver zu sein. Bei Influenza wurden die Schmerzen rasch beseitigt, das Allgemeinbefinden wurde sehr günstig beeinflusst und die Dauer der Erkrankung wesentlich abgekürzt.

Das Aspirin wird an Prof. Neussers Klinik in Wien, so berichtet Dr. Wielsch, seit fast drei Jahren geprüft und es liegen Versuche vor, die sich über mehrere 100 Fälle erstrecken. Nebenwirkungen sind relativ selten und wo sie auftreten, sind sie weniger schroff als diejenigen des

Digitized by Google

salicylsauren Natriums. Es gelingt vielmehr oft, die Medikation mit Aspirin dort fortzusetzen, wo wegen schlechter Verträglichkeit die Darreichung des Natrium salicylicum unterbrochen werden musste. Das Herz wurde weder günstig, noch ungünstig beeinflusst, gleichgültig, ob es krank war oder nicht. Kollaps oder andere Erscheinungen traten nicht auf. Es wirkt vollständig wie das salicylsaure Natrium, so dass es in obiger Klinik geradezu gänzlich an Stelle des letzteren gesetzt wurde. Am besten gibt man es nach dem Essen, dagegen nicht nüchtern.

Auch Dr. Merkel (Nürnberg) konnte eine günstige Wirkung dieses Mittels konstatieren bei Gelenkrheumatismus, Gicht, Pleuritis sicca und exsudativa sowie Rheumatismus muscularis. Keinen besonderen Erfolg sah er dagegen bei Ischias und Lumbago.

Dr. Worobjew konnte an 30 Kranken mit akutem Gelenkrheumatismus die günstige Wirkung des Aspirins beobachten. Auch bei seröser Pleuritis, bei Influenza, auch bei Neuralgien erzielte er mit dem Mittel guten Erfolg. Es wurde in Dosen von 0,5—1,0 g dreimal pro die verabreicht.

Dr. Lehmann (Charlottenburg) wandte das Aspirin bei nervöser Dysmenorrhoe mit gutem Erfolg an. Es wurde für den Beginn der ersten Erscheinungen 1 g und gewöhnlich später ½ g ordiniert. Zuweilen genügte dies, während in anderen Fällen mit stündlicher Weiterverabreichung von 0,5 g bis insgesamt 2—3 g fortgefahren werden musste.

Dr. Singer (Elberfeld) empfiehlt das Aspirin als Cholagogum und Darmantiseptikum.

Dr. Hirschberg beobachtete in einem Falle, in dem er wegen nouralgische Schmerzen 1 g Aspirin verordnete, Schwellung der Augenlider und der Unterlippe und einen scharlachartigen Ausschlag als lästige Nebenerscheinungen, die nach drei Tagen zurückgingen.

Über Aspirin und seine Anwendung in der Praxis von Dr. Gassner (Klin. ther. Wochenschr. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 4. H.). — Aspirin von Dr. Wielsch (Wien. med. Presse Nr. 5). — Weitere Mitteilungen über das Aspirin von Dr. Merkel (Münch. med. Wochenschr. Nr. 9). — Aspirin von Dr. Worobjew (Bolnitsch. Gas. Botk. — Ther. d. Gegenw. 2. H.). — Dysmenorrhoe und Aspirin von Dr. Lehmann (Deutsche med. Wochenschrift Nr. 32). — Über den Einfluss des Aspirins auf die Darmfäulnis von Dr. Singer (Zeitschr. f. klin. Med. 44. Bd. 1. u. 2. H.). — Mitteilung über einen Fall von Nebenwirkung des Aspirins von Dr. Hirschberg (Deutsch. med. Wochenschr.).

Asthma bronchiale. Wie Dr. Zuelzer (Berlin) ausführt, ist die Theorie, dass das Bronchialasthma auf einem Bronchialmuskelkrampf infolge Vagusreizung beruht, experimentell bestätigt worden. Die daraufhin inaugurierte Atropinbehandlung hat gute Erfolge gebracht. Akute Lungenblähung findet sich nun auch bei der Herzbeschleunigung der sogen. stenokardischen Anfälle. Hier ist das eine Symptom auf Vagusreizung, das andere auf Vaguslähmung zu beziehen. Nach Tierexperimenten kann aber eine Störung gleichzeitig die einen Fasern des Nerven reizen, die anderen lähmen. Umgekehrt musste auch Lungenblähung und Pulsverlangsamung vorkommen können; das kann Zuelzer durch eine Reihe von Fällen bestätigen. Es waren Männer im Alter von 18—50 Jahren mit Beklemmungsgefühlen in der Brust, Angstzuständen, die besonders nach körperlichen Anstrengungen auftraten. Hier fand sich nun objektiv sehr kleine Herzdämpfung, Verlangsamung des vollen Pulses auf 40 bis 60 Schläge und Verschiebung der Lungengrenzen rechts vorn bis zur achten Rippe und links bis zur fünften Rippe. Die Annahme einer Vagusneurose wurde bestätigt durch die Druckempfindlichkeit des Vagus (zumal links bei seitwärts gedrehtem Kopfe) und die Wirksamkeit der Atropinbehandlung. Nach 8—10 Tage lang fortgesetzten Injektionen von 0,001 Atropin schwanden die Beschwerden meist dauernd. Bei nervösen Leuten ist Vorsicht mit der Dosis nötig.

Prof. Riegel (Giessen) versuchte das Atropin in Fällen von Bradykardie, bei Ikterus, bei Asthma, ferner bei Hyperchlorhydrie, also überall da, wo eine Erregung des Vagus mit Wahrscheinlichkeit angenommen werden kann, und empfiehlt es auf Grund seiner Beobachtungen speziell zur Koupierung des asthmatischen Anfalles.

Digitized by Google

Dr. Zuelzer über Symptomatologie und Therapie der chronischen Lungenblähung in der Berliner medizinischen Gesellschaft (Ther. Monatsh. 2. H.). — Zur Symptomatologie und Therapie der chronischen Lungenblähung von Prof. Riegel (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 3).

Asthma dyspepticum. Prof. Einhorn (New-York) unterscheidet zwei Formen des Asthma dyspepticum, d. h. Asthma im Zusammenhang mit dem Verdauungsapparat, wobei natürlich die Zustände von Dyspnoe, welche bei Herz- und Lungenkrankheiten im Anschluss an die Nahrungsaufnahme auftreten, auszuschliessen sind, die akute Form, die periodisch, nicht selten nach Exzessen im Essen und Trinken, Rauchen oder nach starken Gemütserregungen auftritt, und zweitens die mehr chronische Form. Bei dieser letzteren Eorm unterscheidet der Verfasser zwei Gruppen, die eine, bei welcher das Asthma ziemlich bald nach der Mahlzeit auftritt und die zweite, bei welcher die Anfälle erst zwei bis drei Stunden nach der Nahrungsaufnahme auftreten. Bei manchen dieser letzten Gruppe angehörigen Fällen kann das Asthma durch Nahrungsaufnahme koupiert werden. Die Fälle der ersten Gruppe ähneln in vieler Hinsicht der Angina pectoris und werden auch oft damit verwechselt. Häufig ist beim Asthma dyspepticum Hyperchlorhydrie oder Achylia gastrica vorhanden, nach deren Beseitigung das Asthma häufig verschwindet. Bei normaler Magensekretion ist eine Hyperästhesie des Magens als Ursache anzunehmen; manchmal findet sich auch Wanderleber als Ursache, wie in fünf von 26 Fällen des Verfassers, was für die Therapie von Belang ist.

Über Asthma dyspepticum von Prof. Einhorn (Zeitschr. f. klin. Med. — Münch. med. Wochenschrift Nr. 32).

Autointoxikation. Prof. v. Poehl (St. Petersburg) sprach auf der deutschen Naturforscherversammlung zu Karlsbad über Autointoxikation bedingt durch Anomalien der Gewebsatmung und der osmotischen Spannungen. Bei psychischen, physischen und sexuellen Übermüdungen führt die Überproduktion von Milchsäure in den überreizten Geweben zur Säureintoxikation (Acidosis) des Organismus und die Anhäufung der Milchsäure ist die Folge der ungenügenden Verbrennung desselben wegen herabgesetzter Gewebsatmung. Viele Organe (Testikel, Ovarien, Schilddrüse, Thymus etc.) sind eine Quelle für die Bildung des Spermins, welches nach v. Poehl katalytisch die Oxydationsprozesse im Organismus beeinflusst. Bei Störung der Funktion dieser Organe wird die Energie der Oxydationsprozesse im Organismus herabgesetzt und damit eine Funktion der Gewebsatmung, nämlich die Intraorganoxydation beeinträchtigt. Durch die ungenügende Oxydation der Stoffwechselprodukte werden die osmotischen Spannungen und das elektrische Leitungsvermögen der Gewebssäfte herabgesetzt, was zum Auftreten einer Reihe von Autointoxikationen Veranlassung gibt. Über die zweite Funktion der Gewebsatmung, nämlich die Exkretion der Stoffwechselprodukte aus den Geweben, soweit dieselbe nicht von der Oxydation in Abhängigkeit steht, wissen wir sehr wenig. Die rationelle Organotherapie soll uns auch in diesem Falle Einsicht in diese Verhältnisse geben.

Prof. Ehrmann (Wien) fasst die Sklerodermie als Autointoxikation auf, weil er mehrere mit hartnäckiger Obstipation verbundene Fälle nach dem Harnbefund mit gesteigerter Darmfäulnis verlaufen und auf Darmmassage ohne Lokalbehandlung heilen sah. Fixe Erytheme bei Dysmenorrhoe, angioneurotische Ekzeme bei Morbus Basedow wären desgleichen als Toxicodermieen aufzufasseu.

Prof. v. Poehl über Autointoxikation auf der Naturforscherversammlung zu Karlsbad (Ther. d. Gegenwart 10. H.). — Prof. Ehrmann über Sklerodermie ebendaselbst (Ther. d. Gegenw. 11. H.).

Digitized by Google

B.

Balneo-, Hydro- und Klimatotherapie. Blutuntersuchungen, die Dr. Laqueur und Dr. Löwenthal bezüglich der Blutveränderung bei lokalen hydrotherapeutischen Prozeduren angestellt haben, ergaben, dass letztere die Zahl der Leukocyten am Orte der Applikation vermehren, an den entgegengesetzten Körperteilen deutlich vermindern. In viel geringerem Masse werden die anderen Blutbestandteile alteriert, am konstantesten noch bei den erregenden kalten Umschlägen, während bei anderen Kälteprozeduren die Alteration nur ganz unbedeutend und inkonstant ist. Ein prinzipieller Unterschied zwischen der Wirkungsweise kalter und warmer Umschläge liess sich bezüglich der Beeinflussung der Blutzusammensetzung von den Untersuchern nicht konstatieren.

Über die Beeinflussung der Blutmischung durch Schwitzprozeduren stellten Dr. Krebs und Dr. Mayer experimentelle Untersuchungen an, die zu folgendem Resultat führten: Schwitzen von 15—25 Minuten in Heissluftbädern bedingt in der Mehrzahl der Fälle mässige Leukocytose (hauptsächlich erfolgt Vermehrung der neutrophilen Leukocyten), mässige Zunahme des Hämoglobingehaltes und des spezifischen Gewichtes. Glüh- und Bogenlichtbäder nehmen unter den Heissluftbädern keine Sonderstellung ein. Schwitzen in heissen (40° C.) Wasserbädern (15—25 Minuten) verursacht keine Zunahme der weissen Blutkörperchen, eher eine Abnahme, welche auch spezifisches Gewicht und Hämoglobingehalt in der Mehrzahl zeigen. Die therapeutischen Erfolge der Schwitzkuren sind jedenfalls nicht auf Rechnung irgendwelcher qualitativer und quantitativer Veränderung des Blutes zu setzen, sondern werden vielmehr in einer Beeinflussung der Gewebe selbst bezw. der Zirkulationsverhältnisse zu suchen sein.

Über den Einfluss von Bädern und Duschen auf den Blutdruck des Menschen sprach Dr. Müller (Leipzig) auf dem Kongresse für innere Medizin zu Wiesbaden. Die Einwirkung aller nicht bewegten Bäder auf den Blutdruck wird nach Müller im wesentlichen durch den thermischen Reiz bestimmt. Derselbe bewirkt bei Wasserbädern unterhalb der mittleren Temperatur der Körperoberfläche eine während des ganzen Bades andauernde Blutdrucksteigerung von typischer Kurvenform bei Verminderung der Pulsfrequenz. Die Grösse beider Veränderungen nimmt mit dem Sinken der Temperatur bis zu bedeutenden Werten zu. Wasserbäder oberhalb der mittleren Temperatur der Körperoberfläche bis hinauf zu 40° C. = 32° R. veranlassen nach anfänglicher, kurzer Steigerung ein Sinken des Blutdruckes unter den Normalwert, dem dann ein erneutes Wiederansteigen folgt. Die Pulsfrequenz zeigt bei dieser Gruppe bis zu etwa 38° C. = 30° R. eine Verminderung, von da ab nach aufwärts eine Vermehrung. Bei Wasserbädern oberhalb von 40° C. = 32° R. tritt wieder eine andauernde Steigerung des Blutdruckes von ähnlicher typischer Form, wie bei den kalten Bädern, ein, nur mit dem Unterschied, dass die Pulsfrequenz hier nicht vermindert, sondern stark vermehrt wird. Bei bewegten Badeformen, also z. B. bei Halb- und Wellenbädern, tritt nach Massgabe der Intensität der Bewegung der mechanischen Reiz immer mehr in den Vordergrund, bis er bei den Duschen das Bild vollständig beherrscht. Er bewirkt bei genügender Intensität, stets unabhängig von der Temperatur, Blutdrucksteigerung. Dieselbe ist bedeutender, aber von kürzerer Nachwirkung als bei den meisten Bädern.

Nach Dr. Schütze steigern hydriatische Massnahmem mit Temperaturen wesentlich unter dem Indifferenzpunkte die Innentemperatur des Körpers im umgekehrten Verhältnisse zur Höhe der Temperatur des Medium. Passive und aktive Bewegungen dagegen setzen die Innentemperatur herab bei Erhöhung der Herzkraft. Schwitzprozeduren

Digitized by Google

vermehren den Serumgehalt des Blutes, Kälteprozeduren vermindern ihn; die reaktive Kälte bringt die Erythrocyten, passive Kälte auf Grund des negativen Thermotropismus die Leukocyten an den Ort der erniedrigten Temperaturen hin.

Die Wirkung verschiedener Bäder auf den Gaswechsel studierte Dr. Winternitz. Laut Verfasser findet unter der Einwirkung von Sandbädern eine so beträchtliche Vermehrung des Sauerstoffverbrauchs und der Kohlensäurebildung statt, dass sie die Steigerung, die der Sauerstoffkonsum und die Kohlensäurereproduktion selbst in hochfieberhaften Prozessen erfahren, erheblich überschreitet; dabei ist im Vergleich zu den heissen Bädern, der Anstieg der Körpertemperatur mässig und die Alteration des Allgemeinbefindens gering. Solbäder bewirken eine kaum nennenswerte Steigerung der Oxydationsvorgänge, während stark hautreizende Bäder (Senfbäder) eine erhebliche Vermehrung der Wärmebildung, der Sauerstoffabsorption und der Kohlensäureproduktion bedingen. Im Kohlensäurebad findet eine Resorption von Kohlensäure statt, die für die therapeutische Wirkung von Bedeutung ist. Schwefelbäder sind ohne Einfluss auf den Gaswechsel.

Prof. Rem-Picci hat an 35 Individuen, die kalte Bäder und kalte Duschen nahmen, Urinanalysen angestellt und fand in den meisten Fällen Albuminurie, die aber vorübergehender Natur war. Sensible und gegen Kälte empfindliche Personen zeigen nach Autor das Symptom am ausgesprochensten: es tritt schon bald, etwa eine Viertelstunde nach dem Bade auf, kann einige Stunden dauern, aber nicht über 24 Stunden. Je kälter das Bad, um so eher tritt Albuminurie auf: bei einem Bade von 8—10° genügen schon drei Minuten Dauer, ebenso bei kalten Duschen von derselben Temperatur. Bei 15—20° C. ist schon eine Dauer von 15 Minuten erforderlich; über 20° C. hinaus kommt es auch bei langer Dauer nicht zur Albuminurie. Eine Gewöhnung ändert an dem Zustandekommen dieses Symptoms nichts. Verfasser erklärt das Zustandekommen dieser Albuminurie durch einen direkten Einfluss der Nerven, wie solcher vom Nervus vagus auf die Niere durch Vanni nachgewiesen wurde.

Über die physikalisch-chemische Beschaffenheit der Heilquellen sprach Prof. Meyerhoffer (Berlin) auf der Naturforscherversammlung zu Karlsbad. Meyerhoffer erörterte zunächst ausführlich die Lehre vom osmotischen Druck und beschrieb die Methoden zur Bestimmung desselben. Der Vergleich zwischen dem osmotischen Druck gewisser Mineralquellen und der Säfte des menschlichen Organismus hat bereits zu bemerkenswerten praktisch-therapeutischen Schlussfolgerungen, insbesondere bei Magenerkrankungen geführt. Der Redner führt des weiteren aus, dass die früher allgemein übliche Gewohnheit, Wirkung und Wert der Quellen nach der rein prozentualen Zusammensetzung zu beurteilen, nicht den tatsächlichen Verhältnissen Rechnung trägt. Vielmehr sind die dynamischen Verhältnisse, wie Druck und Temperatur der Quellwässer nicht nur für die Beurteilung des chemischen Zustandes, sondern auch des physiologischen Verhaltens von entscheidender Bedeutung. Besonderes Interesse beansprucht die Frage, ob die künstlich bereiteten Mineralwässer die gleiche Wirkung auf den menschlichen Organismus entfalten, wie die natürlichen. Die ärztliche Erfahrung hat diese Frage schon längst verneint, aber auch die Chemiker müssen zu derselben Auffassung gelangen. Stets finden sich in den natürlichen Thermen Spuren von Bestandteilen, die sich der chemischen Analyse leicht entziehen oder, wenn auch gefunden, den künstlichen Wässern nicht zugesetzt werden. Besonders bemerkenswert ist das Verhalten der Katalysatoren, denen die Chemiker erst in neuerer Zeit ihre Aufmerksamkeit geschenkt haben. Diese Katalysatoren oder Reaktionsbeschleuniger wirken bekanntlich in ganz unglaublich geringer Konzentration. Wenn man beispielsweise 1 g Platin in kolloidalem Zustande in der gesamten 24 stündigen Wassermenge aller Karlsbader Quellen lösen würde, so würden einige Zentimeter dieser Lösung ausreichen, die stürmische Zerlegung von Wasserstoffsuperoxyd zu veranlassen. Auf die Gegenwart derartiger kolloidaler Sub-

Digitized by Google

stanzen ist vielleicht ein wesentlicher Teil der Wirkung der nüatrlichen Mineralwässer zu beziehen.

Über die sogenannte Abhärtung der Kinder äussert sich Dr. Hecker (München). Die heute besonders in den gebildeten Kreisen sehr verbreitete Art, die Kinder mittelst verschiedener Kaltwasserkuren systematisch abzuhärten, ist nicht nur unzweckmässig, sondern direkt gesundheitsschädlich. Dies erhellt aus einer Reihe von Fällen, die Hecker mitteilt, in denen Kinder mit schweren Anämieen, Bronchialkatarrh, Pneumonieen, Darm- und nervösen Affektionen lediglich durch Aussetzen der Kaltwasserprozeduren vollständig geheilt wurden. Um ein besseres Urteil über Wert und Unwert derartiger Abhärtung zu gewinnen, stellte Hecker Nachforschungen an 50 Kindern seiner Klientel an. Von diesen 50 Kindern waren 25 im ersten Lebensjahr, sieben nach dem ersten Lebensjahr, und 18 gar nicht systematisch abgehärtet. Die Wirkung der Abhärtung auf die Disposition von Erkältungskrankheiten war folgende: Von 16 nicht Abgehärteten waren 5 = 31%, von 13 mild Abgehärteten waren 5 = 38%, von 21 streng Abgehärteten waren 13 = 62% empfänglich für Erkältungen. Besonders auffallend ist dies Verhältnis bei Säuglingen. Von 15 streng abgehärteten Säuglingen waren 11 = 73% empfindlich gegen Erkältungen. Auf das Nervensystem wurde bei milder Abhärtung dreimal eine günstige, viermal eine ungünstige, bei strenger Abhärtung viermal eine günstige, achtmal eine ungünstige Wirkung beobachtet. Unter 15 streng abgehärteten Kindern über zwei Jahre waren sieben abnorm reizbar, nervöse Kinder, während von den nicht abgehärteten keines abnorm reizbar oder auffallend lebhaft war. Ganz besonders interessant ist das Verhältnis der Abhärtung zu den adenoiden Vegetationen. Es fanden sich Adenoide bei nicht Abgehärteten in 20%, bei mild Abgehärteten in 30%, bei streng Abgehärteten in 46%. Übertriebene Abhärtung kann zu schweren Schädigungen führen und zwar findet man schwere Anämieen, Erkrankungen des Gesamtnervensystems, Neurasthenie, Anorexie, Pavor nocturnus etc.

Den Wert der Schwefelbäder in der Behandlung der Syphilis sucht Dr. Ullmann (Wien-Baden) in erster Linie darin, dass die hyperämisierte Haut für den Resorptionsprozess besonders geeignet ist. Durch passende Wahl der Stunde der Inunktion, unmittelbar nach dem Bade, wo die Haut am meisten hyperämisch, aber auch frei von Schmutz, Mikroorganismen, Schweiss und Zersetzungsprodukten ist, wird die Sigmundsche Inunktionskur, sachgemäss und unter Leitung des Arztes durchgeführt, das Meiste leisten, was durch Quecksilberwirkung im speziellen Falle überhaupt erreicht werden kann. Die durch die Badekur, den Aufenthalt im Freien, die Einhaltung einer gewissen regelmässigen hygienischen Lebensweise, Vermeidung alkoholischer Getränke und Enthaltung vom Rauchen hervorgerufene Regelmässigkeit und Intensität aller Organfunktionen bewirkt allerdings auch eine weit grössere Empfindlichkeit, die naturgemäss dem Heilungsprozess solange zugute kommt, als auch die Hg-Behandlung vom Arzte streng individualisiert und beaufsichtigt wird und die ärztlichen Vorschriften genau eingehalten werden, die aber andererseits leicht zu Komplikationen, Störungen der Quecksilberausscheidung, Merkurialismus, merkurieller Periostitis etc. führen kann, wenn solche in Kur befindliche Kranke Exzesse irgendwelcher Art begehen oder sich selbst oder Badewärtern überlassen bleiben. Wenn ferner bei der Behandlung von Syphiliskranken in Schwefelbädern dem Schwefelgehalte des Badewassers ein direkter positiver oder negativer Einfluss auf die spezifischen Infiltrationsprodukte als durchaus unerwiesen angesehen werden muss, so gelingt es doch gerade wieder am besten in Schwefelbädern mit Hilfe stufenweiser Prolongierung derselben, sowie durch Einwirkung der Thermalduschen, mitunter jene so heilsamen fluxionären Hyperämisierungen an Ort und Stelle der krankhaften Infiltrationen zu erzeugen, selbst dann, wenn diese ziemlich tief in den Muskelschichten oder selbst in den Knochen sitzen, weil gerade den Schwefelwässern gegenüber selbst eine empfindliche Haut der energischsten und brüskesten

Digitized by Google

Behandlung gegenüber resistent zu bleiben vermag. Ältere residuale Prozesse, z. B. Haut- und Knochengummata und Periostosen, die durch spezifische Behandlung mit Jod oder Quecksilber allein nicht zum Verschwinden gebracht werden können, werden im Verein mit thermotherapeutischen Lokalprozeduren relativ rasch, jedenfalls rascher und gründlicher als ohne dieselbe zur Resorption gebracht werden. Auf diesen Punkt wird seines Erachtens viel zu wenig Gewicht gelegt, und von diesem Gesichtspunkte aus möchte er glauben, dass die hyperämisierende Wirkung von Badeprozeduren, und dies der guten Tolerierung wegen, insbesondere in Schwefelbädern, bei uns zu Lande noch immer viel zu wenig Verbreitung gefunden hat, und von den Ärzten auch viel zu wenig beachtet wird.

Dr. Schreiber (Göttingen) stellte einen Stoffwechselversuch über die Wirkung des Levicowassers an sich selbst an. Der Versuch zerfiel in zwei Perioden von einer Dauer von je sechs Tagen. Die Menge der aufgenommenen Nahrung war in beiden Perioden konstant die gleiche. In der zweiten Periode nahm Verfasser ausserdem dreimal täglich zwei Esslöffel Levicostarkwasser mit einem Gehalt von 0,2 mg Arseniksäureanhydrid und 138 mg schwefelsaurem Eisenoxydul. Das Ergebnis des Stoffwechselversuches war, dass das Levicowasser eine Stickstoffersparnis herbeiführte. Das Körpergewicht blieb in der Arsenperiode konstant. Der Versuch bietet auch eine Bestätigung der von den verschiedenen Autoren beobachteten günstigen Wirkung des Levicowassers und zeigt, dass dieselbe auf Förderung des Stickstoffansatzes beruht.

Über die wissenschaftliche Verordnung der Franzensbader Moorbäder bei Frauenkrankheiten berichtet Dr. Nenadovicz (Franzensbad). In Franzensbad geschieht die Anwendung der Moorbäder ohne Schwitzen und zwar stellte sich heraus, dass eben eine Temperatur des Moors von 40° C. keine Steigerung der Körpertemperatur bewirkt. Die Wirkung des Moorbades zeigt sich als sekundäre Reaktion in der Beeinflussung der Temperatur und des Blutdruckes, ausserdem bewirkt die Moormasse durch den Druck auf die Kleinbeckenorgane eine unmittelbare Massage dieser Teile. Nenadowicz verordnet die Bäder folgendermassen: 1. Maximaltemperatur für Franzensbader Moorbäder soll 40° C. betragen. 2. Etwas niedrigere Grade geben eine schwächere, die Maximaltemperatur gibt eine stärkere Reaktion, deshalb sind erstere bei Gebärmutterblutungen, letztere bei Adnextumoren u. s. w. angezeigt. 3. Die Temperatur des Reinigungsbades soll niedriger sein als die des Moorbades, wenn die reaktive Wirkung gesteigert werden soll. 4. Die Dauer des Moorbades ist höchstens auf 20 Minuten, die des Reinigungsbades auf fünf Minuten zu bemessen. 5. Die Konsistenz des Moorbades soll man nach Bedarf für leichtere oder intensivere Massagewirkung bestimmen.

Die Frage, ob und unter welchen Bedingungen Solbadkuren während der Gravidität erlaubt oder gar angezeigt sind, beantwortet Dr. Keller folgendermassen: 1. Weder die normale, noch die pathologische Schwangerschaft an und für sich sind eine Gegenanzeige für Solbäder. 2. Es liegt sowohl im Interesse der Mutter, als demjenigen des Kindes, während der Gravidität Solbadkuren gebrauchen zu lassen, wenn eine Anzeige dafür besteht. 3. Habitueller Abortus oder Neigung zu Frühgeburt sind eine Anzeige für Solbadkuren. 4. Frauen, welche durch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett erfahrungsgemäss sehr geschwächt oder erschöpft werden, sind einer Solbadkur während der Gravidität bedürftig. 5. Für Frauen, welche bereits schwächliche oder gar nicht lebensfähige Kinder zur Welt gebracht haben, sind Solbadkuren bei späteren Schwangerschaften indiziert.

Einen Beitrag zur Wirkungs- und Anwendungsweise der Franzensbader Kohlensäurebäder liefert Dr. Lindner (Franzensbad). Diese Bäder wirken nach Autor mächtig erweiternd auf die Hautgefässe, aber auch mächtig erregend in reflektorischer Weise auf die Zentren. Dies bringt eine energische Arbeit des Herzens zu stande, der Herzmuskel arbeitet besser und gymnastisch, und das ist der Zeitpunkt, in welchem, wenn möglich, auch der Muskelansatz am stärksten

Digitized by Google

zur Geltung kommt, denn nicht nur, dass es dem Herzen ermöglicht ist, seine Arbeit infolge der verminderten Widerstände sehr leicht zu vollbringen, aber auch die Berieselung der das Herzfleisch speisenden Koronar-Gefässe ist die denkbar günstigste. Diese Bäder sind besonders wirksam auch auf die Atmung und Stoffwechsel, denn es kommt durch Wegfall der Stauung im Lungenkreislauf die Möglichkeit zu stande, dass die Kapazität der Lungenalveolen eine grössere und vermehrte, die Sauerstoffaufnahme, also die Atmung eine erleichtertere und verbesserte wird, also auch das Atmungszentrum unter eine seiner Norm mehr entsprechende Bedingung gebracht wird. Nebstdem sind diese Bäder im stande, eben durch verbesserte, energischere Zirkulationsverhältnisse eventuell vorhandene Giftstoffe im Körper und besonders in den Nervengeweben wegzuschaffen, zur Resorption zu bringen und durch bessere Ernährung auf die Nervengebilde tonisierend zu wirken und in denen noch innewohnende schlummernde Kräfte wiederzuerwecken, oder auch bisher nicht in Aktion getretene kollaterale Bahnen zu eröffnen, deren vikariierende Tätigkeit einzuleiten.

Dr. Stransky (Wien) hebt die guten Erfolge hervor, die bei den verschiedenen Herzkrankheiten, wenn die Digitalis versagt hatte und Wasser- oder mechanische Kuren unmöglich sind oder abgelehnt werden, durch die kohlensaurereichenalkalisch-salinischen und Stahlquellen von Franzensbad erzielt werden, das er, gleich Nauheim, als Herzheilbad par excellence empfiehlt.

Da der erhitzte Schlamm, wie Dr. Sigrist und Dr. Tschetschott mitteilen, im Verlaufe von 15 Minuten seine Temperatur unverändert beibehält, gleichviel ob man ihn in eine Wanne von 15° R. oder 35° R. legt, so werden in Pjatigorsk jetzt häufig lokale Schlammbäder in der Art verabfolgt, dass man dieselben in einer Temperatur von 30—44° R. in einer Wanne mit gewöhnlichem Wasser von indifferenter Temperatur d. h. 27—28°R. nehmen lässt. Der Erfolg war ein durchaus zufriedenstellender und in der Saison 1901 wurde ⅓ aller Schlammbäder nach diesem neuen Typus verordnet. Bei Erkrankung des Knie- und Fussgelenkes erwiesen sich als genügend 1—2 Eimer Schlamm, derselbe wird um die erkrankte Stelle geschmiert und wenn nötig, mit Stücken von Leinwand festgebunden. Für gynäkologische Kranke ist von Paryschew ein Holzkasten konstruiert, in welchen der Schlamm das ganze Becken umgibt, die übrigen Körperteile aber frei lassend. Derartige lokale Schwammwannen stehen in keiner Weise hinter den allgemeinen zurück, werden von den Kranken ausgezeichnet vertragen, haben keinen Einfluss auf das Körpergewicht und die Herztätigkeit und können in der Saison bis 40 und noch mehr verordnet werden.

Über die allgemeinen Wirkungen des Höhenklimas sprach Dr. Determann (St. Blasien) auf dem Balneologenkongresse zu Stuttgart. Die Gesamtwirkung des Höhenklimas auf den Gesunden besteht nach Determann in einer starken Anregung sämtlicher vitalen Funktionen, einer Anregung, welcher der Körper in den grösseren Höhen nicht gewachsen ist, welche jedoch in Höhen bis 2000 m unter kräftiger Übung aller Organe in wohltätigen Grenzen gehalten wird. Akklimationsbeschwerden treten auch schon in Höhen von 2000 m und darunter auf. Sie bestehen in gewissen Hautreizerscheinungen, gestörtem Schlaf, Veränderungen der Atmung und Herztätigkeit, der Verdauung, des Appetits, ferner in Schwindel, Kopfschmerz, Ohrensausen etc.; nach vier bis fünf Tagen tritt Gewöhnung ein und dann beginnt die wohltätige Einwirkung der Höhe. In Trainierung, Konstitution, Verhalten etc. sind Unterschiede in der Schwere dieser Erscheinungen vorhanden. Bei der Verordnung der Höhe für Krankheitszustände muss vor allem vermieden werden, zu grosse Anforderungen an die Kräfte des betreffenden Patienten zu stellen; im allgemeinen soll man Kranke nicht höher als 2000 m schicken. Oft ist die Situation eines Höhenortes mehr zu berücksichtigen wie die absolute Höhenlage. Mit einem Minimum von Akklimationsbeschwerden muss ein Maximum von heilsamer Anregung verbunden sein. Bei Herz- und Gefässerkrankungen muss das Höhenklima als ein

Digitized by Google

zweischneidiges Mittel angesehen werden. Schwere organische Erkrankungen soll man nicht höher als 1000 m schicken. Fälle von Arteriosklerose, Aneurysma der Aorta, fortschreitende Degenerationszustände des Herzmuskels sind von der Höhe fernzuhalten. Fettherz, gut kompensierte Klappenfehler etc. kann man in Höhen von 400—1000 m mit grossem Vorteil behandeln. Sehr gut eignen sich für das Höhenklima nervöse Herzerkrankungen, welche oft mit überraschender Schnelligkeit sich bessern, von den Nervenkrankheiten eignen sich alle funktionellen vorzüglich für die Behandlung im Höhenklima.

Im Höhenklima tritt, wie Dr. Schröder (Schömberg) ausführt, zuerst eine Abnahme der Lungenkapazität ein, längerer Aufenthalt im Gebirge dagegen steigert die Kapazität. Die Frequenz der Atemzüge, ferner die Atemgrösse nehmen im Beginne des Aufenthaltes gleichfalls zu, mehr oder weniger stark je nach geleisteter Muskelarbeit. Dagegen ist die Theorie von der Neubildung der roten Blutzellen im Gebirge unhaltbar, auch andere Theorien, wie stärkere Eindickung des Blutes, andere Verteilung im Kapillarsystem, veränderter Tonus im Arteriensystem, verminderter Zellenuntergang etc. haben der Kritik nicht standhalten können. In der Phthisisbehandlung spielt das Höhenklima seit alters her eine grosse Rolle. Die sogenannte relative Immunität ist nicht von der Höhe schlechtweg abhängig, sondern bedingt 1. durch Abnahme der Bevölkerungsdichte, 2. hygienisches Leben der Gebirgsbewohner, 3. Zunahme der Kindersterblichkeit im Gebirge. Eine spezifische Einwirkung des Höhenklimas auf phthisische Prozesse lässt sich weder experimentell noch statistisch beweisen. Ebensowenig ändert sich im Gebirge im allgemeinen die Symptomatologie dieser Krankheit. Das Hochgebirge ist für manche Lungenkranke nicht geeignet, die sich den veränderten Verhältnissen nicht anpassen können. Für geeignete Kranke ist es sehr nützlich durch die mancherlei günstigen physiologischen und hygienischen Einflüsse. Dieselben kommen allen Erkrankungsformen der Atmungsorgane im Gebirge gleichmässig zu gute. Rekonvalescenzzustände nach akuten und chronischen Erkrankungen, ferner Malaria und ihre Folgen, sobald die betreffende Gebirgsgegend malariafrei ist, werden im Höhenklima recht günstig beeinflusst, Anämie und Chlorose heilen im Gebirge überraschend. Oftmals können sich derartige Kranke schlecht akklimatisieren und verschlimmern ihren Zustand durch den Gebirgsaufenthalt. Das Höhenklima ist ein Unterstützungsmittel in der Therapie der Skrofulose, die kranken Kinder müssen lange in den Bergen bleiben und muss dort für ihre geistige Ausbildung gesorgt werden. Das Sehorgan wird im Höhenklima durch die starke Belichtung in mancherlei Hinsicht ungünstig beeinflusst. Chronische Katarrhe der Schleimhäute der oberen Luftwege verschlimmern sich oft durch die häufig stärkere Austrocknung im höheren Gebirge; die Larynx-Tuberkulose verläuft im ganzen wie in der Ebene. Die Sekretion der chronischen Mittelohreiterungen vermindert sich im Gebirge schneller als in der Ebene, das Hörvermögen Sklerotiker bessert sich in grösseren Höhen. Im höheren Gebirge können Hautveränderungen entstehen: Rhagaden, Erytheme, ja selbst Verbrennungen zweiten Grades. Bei Auswahl einer Höhengesundheitsstation für eine Krankheitsform muss der Arzt zunächst die Individualität seines Patienten stark berücksichtigen, ferner die meteorologischen und geologischen Verhältnisse, sowie die sanitären Einrichtungen der zu wählenden Orte genau kennen.

Bezüglich der Auswahl des Klimas und Kurortes für Lungenkranke stellt Dr. Kikuth folgende Gesichtspunkte auf. Das Hochgebirge stellt durch die stark reizenden und erregenden klimatischen Faktoren Anforderungen an den Organismus, welche nicht zu unterschätzen sind, während die Tälerkur, die Kur in den mässigen Höhen und im Winter der Süden die Möglichkeit einer reizarmen schonenden Behandlung darbieten. Eine rationelle Therapie wird daher stets individualisierend vorgehen, von Fall zu Fall entscheiden, ob die schonende oder die anstrengende Methode den Vorzug verdient. Erstere wird in Frage kommen bei schwächlicheren Individuen oder in den Fällen, wo der Krankheits-

Digitized by Google

prozess vorgeschritten ist. Ferner bei Individuen mit atheromatösen Gefässen oder solchen mit mangelnder Wärmeentwickelung und grosser Empfindlichkeit gegen niedrige Temperaturen, für Personen mit erethischer Konstitution; ferner für die Patienten, deren Erkrankung der Lungen mit hochgradigem Emphysem und häufigem Katarrh oder mit einer stärkeren Beteiligung des Larynx kompliziert ist. Auch werden hierher die Fälle zu zählen sein, die mit einer Amyloiddegeneration oder einer subakut oder chronisch verlaufenden Nephritis, mit einem nicht kompensierten Herzfehler, mit einem hochgradigen wenn auch kompensierten Herzfehler, mit Herzdegeneration und Fettherz verbunden sind. Die anstrengende Methode wird man dagegen wählen bei Patienten von kräftiger Konstitution, deren Erkrankung nur leicht und initial ist; ferner bei den zur Tuberkulose prädisponierten. Doch auch mittelschwere Fälle gehören ins Hochgebirge. Für die Beurteilung dieser allgemeine Sätze aufzustellen, ist schwierig. Als Hauptregel mag gelten, dass nicht nur die Ausdehnung des Prozesses berücksichtigt werde, sondern auch das Allgemeinbefinden, die Konstitution, die hereditären Verhältnisse, der bisherige Verlauf, die eventuell vorhandenen Komplikationen von seiten anderer Organe (Egger). Fieber und Nachtschweisse bilden keine Kontraindikation für das Hochgebirge, ebenso nicht Hämoptoe. Für die letztere Kategorie der Patienten empfehlen sich Höhenklimata wie Davos, Arosa und andere. Für die Patienten, bei denen die schonende Methode der Behandlung in Anwendung kommen soll, empfehlen sich die Kurorte der subalpinen Region, der windgeschützten Täler und im Winter, falls nicht gerade ein Sanatorium in Betracht kommt, die des Südens oder Ägyptens. Auch Seereisen werden häufig gegen die Tuberkulose empfohlen. Es können diese angewandt werden bei Leuten von kräftiger Konstitution mit Liebe für Seefahrten. Eine Schwäche der Konstitution, Neigung zur Seekrankheit und unüberwindlicher Widerwille gegen monotone Nahrung bilden Kontraindikationen. Ägypten wäre vorzüglich geeignet bei Phthisikern mit Komplikationen von Albuminurie, mit Emphysem und häufigen Anfällen von Bronchitis.

Dr. Losinski lobt den günstigen Einfluss des russischen Kurortes Kisslowodsk bei Lungenkrankheiten. Auch Herzkranke (zur Beobachtung gelangten Fälle von Myocarditis, Herzverfettung, Stenosis und Insufficienz der V. mitralis) fühlten sich in Kisslowodsk bedeutend wohler als in ihren beständigen Wohnorten und auch bei ihnen nahm das Körpergewicht zu; günstig sind auch die Verhältnisse für eine Oertelkur. Was die Einwirkung der kohlensäurehaltigen Wannen des Narsan anbetrifft, so ist dieselbe entschieden eine gute, indem der Puls sich hebt.

Die Ursache der Veränderungen des Stoffwechsels, die das Seeklima bewirkt, beruhen nach Dr. Ide (Amrum) in der erhöhten Sauerstoffaufnahme an der See. Die Harnausscheidung ist um durchschnittlich 12% erhöht, die Harnsäureausscheidung um etwa 50% vermindert. Auch die Ausscheidung der Phosphorsäure ist herabgesetzt. Mit diesen Veränderungen pflegt eine Vermehrung des Körpergewichtes einherzugehen, die aber nicht ausnahmslos und sofort zu beobachten ist. Nach Autors Überzeugung gibt es kein zweites Agens, das wie die Seeluft so unvermerkt und doch so intensiv beschleunigend auf den Stoffwechsel einwirkt. Ihr Vorzug besteht eben darin, dass sie anstrengende Bewegungen nicht nur nicht erfordert, sondern sogar dann am wohltätigsten und kräftigsten wirkt, wenn eine gewisse Ruhe im gesamten Verhalten beobachtet wird. In dieser Weise zeichnet sich die Wirkung des Seeklimas u. a. vor der Wasserkur, den Fussreisen u. s. w. aus.

In vorzüglichster Weise ist in Goldscheider und Jacobs „Handbuch der physikalischen Therapie“ das Kapitel Klimatotherapie von Prof. Rubner (Berlin) und Prof. Nothnagel (Wien) bearbeitet. Der erstere schrieb den theoretischen Teil, während letzterer unter dem bescheidenen Titel „Ärztliche Erfahrungen über Klima und klimatische Kurorte“ dem behandelnden Arzte aus der Praxis — für die Praxis einen sicheren

Digitized by Google

übersichtlichen Wegweiser liefert, nach welchem er sich in den einschlägigen Fragen rasch orientieren kann. Jeder Satz enthält goldene Wahrheiten.

Über spezielle Fragen, welche in dasselbe Gebiet einschlagen, den Herausgebern aber einer gesonderten Bearbeitung wert schienen, geben die Abschnitte „Höhentherapie" und „Thalassotherapie" Aufschluss. Die den Praktiker zunächst interessierenden Fragen behandelt als kompetenter Fachmann in gediegenster Weise Prof. Eichhorst (Zürich), während der theoretische Teil Prof. Loewy (Berlin) zufiel. Sir Hermann Weber (London) liefert das interessante Kapitel Seereisen, Dr. Hiller (Berlin) den Sonderartikel Seesanatorien.

Wer über den gegenwärtigen Stand der Balneotherapie einerseits und der Hydrotherapie andererseits und ebenso über ihre physiologische Begründung Belehrung sucht, findet sie in der klassischen Bearbeitung dieser Disziplinen durch Prof. Glax (Abbazia), Prof. Liebermeister (Tübingen), Prof. Winternitz und Dr. Strasser (Wien) in demselben Handbuche.

Auch eine der jüngsten unter den modern gewordenen Disziplinen, die Thermotherapie, findet in Prof. Goldscheider (Berlin) in ihrem physiologischen Teile einen gründlichen Bearbeiter, während Dr. Friedländer (Wiesbaden) die Technik und Anwendung der Thermotherapie bespricht.

Dr. Pick (Wien), Assistent des Prof. Winternitz, liefert in einem kurz gefassten, nett ausgestatteten Buche eine gute Anleitung, die Hydrotherapie sowohl im Hause mit den einfachsten Behelfen, wie auch in eigenen Anstalten zweckmässig durchzuführen. Die erste Abteilung des Buches enthält die Applikationsweise, die Dosierung und die Indikationen, der zweite Teil die praktische Anwendung bei den verschiedenen Erkrankungen.

Dr. Laqueur über Blutveränderungen bei lokalen hydrotherapeutischen Prozeduren in der Gesellschaft der Charitéärzte zu Berlin (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 6. Bd. 1. H.). — Blutbefund bei Schwitzprozeduren von DDr. Krebs und Mayer (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 6. Bd. 7. H.). — Dr. Müller über den Einfluss von Bädern und Duschen auf den Blutdruck des Menschen auf dem Kongress für innere Medizin zu Wiesbaden (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 41). — Fundamentalsätze der Hydrotherapie von Dr. Schütze (Baln. Zentral-Ztg. Nr. 1 u. 2. — Schw. Jahrb. 276. Bd. 10. H.). — Über die Wirkung verschiedener Bäder insbesondere auf den Gaswechsel von Dr. Winternitz (Deutsch. Arch. f. klin. Med. 72. Bd. 3. u. 4. H — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 72). — Über Albuminurie durch kalte Bäder von Prof. Rem-Picci (Münch. med. Wochenschr. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 2. H.) — Prof. Meyerhoffer über die chemisch-physikalische Beschaffenheit der Heilquellen auf der deutschen Naturforscherversammlung zu Karlsbad (Ther. d. Gegenw. 10. H.). — Dr. Hecker über die sogenannte Abhärtung der Kinder ebendaselbst (Ebendaselbst). — Worauf beruht der Wert der Schwefelbäder in der Behandlung der Syphilis und einzelner Hautkrankheiten? Von Dr. Ullmann (Zentralbl. f. d. ges. Ther. 7. H.). — Einfluss des Levicowassers auf den Stoffwechsel von Dr. Schreiber (Münch. med. Wochenschr. Nr. 36). — Dr. Nenadovicz über die Franzensbader Moorbäder auf der deutschen Naturforscherversammlung zu Karlsbad (Ther. d. Gegenw. 11. H.). — Über die Solbadbehandlung während der Gravidität von Dr. Keller (Deutsche Med.-Ztg. Nr. 32). — Beitrag zur Wirkungs- und Anwendungsweise der Franzensbader CO_2-Bäder von Dr. Lindner (Prag. med. Wochenschr. Nr. 38). — Die Kohlensäurebäder Franzensbads und die Bedeutung dieses Kurortes als Herzheilbad von Dr. Stransky (Med. Blätter Nr. 51). — Zur Frage über die lokale Schlammbehandlung in den kaukasischen Bädern von DDr. Sigrist und Tschetschott (Wratscheb. Gas. Nr. 8. — Rev. d. russ. med. Ztschr. Nr. 8). — Dr. Determann und Dr. Schröder über das Höhenklima auf dem Balneologenkongresse zu Stuttgart (Med. Blätter Nr. 17). — Dr. Kikuth über die Auswahl des Klimas und Kurortes für Lungenkranke in der Gesellschaft praktischer Ärzte zu Riga (St. Petersb. med. Wochenschrift Nr. 5). - Kisslowodsk nach den Beobachtungen in der Kursaison 1901 von Dr. Losinski (Wratsch. Gas. — Rev. russ. med. Ztschr. Nr. 9). — Über die Wirkung des Seeklimas auf den Stoffwechsel von Dr. Ide (Ztschr. f. diät u. phys. Ther. 5. Bd. 2. H. — Ther. Monatsh. 10. H.). — Klimatologisches und Physiologisches von Prof. Rubner im Handbuche der physikalischen Therapie von Prof. Goldscheider und Dr. Jacob Leipzig, Verlag von G. Thieme. — Ärztliche Erfahrungen über Klima und klimatische Kurorte von Prof. Nothnagel (Ebendaselbst). — Klimatische Verhältnisse von Dr. Hiller (Ebendaselbst). — Technik und Anwendung der Seebäder von Sir Hermann Weber (Ebendaselbst). — Höhenlufttherapie von Prof. Loewy (Ebendaselbst). — Thermische Wirkungen der Bäder von Prof. Liebermeister (Ebendaselbst). — Einteilung der Bäder, Indikationen und Kontraindikationen von Prof. Glax (Ebendaselbst). — Hydrotherapie von Prof. Winternitz und Dr. Strasser (Ebendaselbst). — Über Thermotherapie von Dr. Marcuse, Prof. Goldscheider und Dr. Friedländer (Ebendaselbst). — Kurzgefasste praktische Hydrotherapie v. Dr. Pick. Verlag von J. Hesse, Berlin.

Digitized by Google

Beckenaffektionen. Zur Behandlung chronischer Beckenexsudate bedient sich Dr. Kehrer (Bonn) einer Modifikation des Polanoschen Heissluftapparates. Der Apparat besteht aus einer Reifenbahre von Blech, in der sich vier Edisonsche Glühlampen befinden; er wird auf das Bett über Bauch und Oberschenkel gesetzt und mit einer Wolldecke bedeckt. Er strahlt eine Hitze bis zu 150° C. aus und erzeugt bei den Kranken eine Zunahme der Eigenwärme von vier bis sechs Zehntelgrad. Bei seiner Anwendung entsteht eine bedeutende Schweisssekretion. Kehrer lässt die Frauen am ersten Tag 20 Minuten lang schwitzen und steigt bis zu 45 und 60 Minuten. Seine Resultate sind sehr günstig. Ausser bei chronischen Beckenexsudaten eignet sich die Behandlung auch bei Parametritis posterior, Perimetritis und Pelveoperitonitis, vielleicht auch bei Bauchdeckenfisteln, zur Lockerung peritonealer Adhäsionen, Netzadhäsionen und zur Behandlung der infantilen Formen der inneren Genitalien. Der von Kehrer empfohlene elektrische Apparat zeichnet sich durch grosse Bequemlichkeit und Sauberkeit aus, setzt aber eine Elektrizitätsquelle von mindestens 110 Volt voraus.

Dr. Pincus (Danzig) will eine chirurgische Behandlung chronischer Beckenaffektionen nicht zulassen, wenn nicht zuvor die Belastungslagerung versucht worden ist. Ein negativer Erfolg bei der Anwendung der Belastungslagerung bildet das zuverlässige wissenschaftliche Kriterium dafür, dass in einem Exsudate sich virulenter Eiter befindet. Nur dieses Kriterium gibt nach Polano in der Privatpraxis die Indikation zur chirurgischen Behandlung.

Das Wesentliche der von Freund angegebenen Belastungstherapie besteht, wie Dr. Königstein (Wien) mitteilt, in der Ausübung eines konstanten Druckes auf die Beckenorgane von der Vagina und vom Abdomen aus. Durch je einen aussen auf dem Abdomen und innen in der Vagina angebrachten Schrotbeutel wird das innere weibliche Genitale einer ständigen Belastung, mithin Kompression ausgesetzt. Schauta modifizierte die Applikationsweise dadurch, dass er statt des Schrotbeutels einen mit Quecksilber gefüllten Kolpeurynter zur Anwendung brachte. Dies hat den Vorzug der bequemen Applikation. Durch das höhere spezifische Gewicht des Quecksilbers ist es auch möglich, einen grösseren Druck auszuüben. Es können mit Leichtigkeit 1000 g Quecksilber in den Kolpeurynter eingegossen werden. Da zumeist der Douglassche Raum anzugreifen ist, so wird der Kolpeurynter hinter die Portio geführt und als Gegengewicht ein Schrotbeutel über der Blasengegend angebracht. Ist man genötigt, die eine oder die andere Seite mehr zu belasten, so muss man die Patientin in die entsprechende Seitenlage bringen; dann wirkt, nach dem Gesetz der Schwere, der Kolpeurynter auf die betreffende Seite ein. Man beginnt mit $^1/_2$ kg in der Vagina und steigt von Sitzung zu Sitzung. Die Dauer der Einwirkung schwankt von einer Stunde im Minimum bis zu einem ganzen Tag. Indiziert ist das Verfahren bei chronischer Para- und Perimetritis, bei Adnexschwellungen, bei schwer reponiblen Retroflexionen, bei narbiger und infantil enger Vagina. Eine strikte Kontraindikation bilden die akuten Entzündungen. Besonders bei jenen Affektionen, die sich am Beckenboden abspielen, bewährt sich die Belastungsmethode, während bei Erkrankungen am Fundus uteri die manuelle Massage einzugreifen haben wird. Um eine durch plötzliche zu starke Belastung bedingte Kompressionsanämie und andererseits eine durch zu starke Entlastung entstehende starke reaktive Fluxionshyperämie zu vermeiden, hat Pincus einen Quecksilber-Luft-Kolpeurynter konstruiert, mit dem man die intravaginale Entlastung und Belastung allmählich graduell steigern, resp. mindern kann. Der Apparat ermöglicht ferner durch rasches Füllen, resp. Nachlassen des Druckes eine Form der Massage, die Pincus als „Kolpeuryntermassage“ bezeichnet. Sie hat den Vorteil, dass jede Friktion und Reizung des weiblichen Genitales ausgeschlossen ist, weshalb sie besonders bei hysterischen, erotischen und erethischen Frauen zu empfehlen ist. Die „Kolpeuryntermassage“ hat sich bei Reizungszuständen in der Beckenmuskulatur (Myodynia interpelvica sexualis), den Vor-

Digitized by Google

stufen des Vaginismus, den Folgen des Coitus interruptus, bei Erschlaffungszuständen im Genitalschlauche (Myasthenia intrapelvica sexualis et stercoralis) bei mangelhaftem Tonus in der Wand der Vagina und ihrer Umgebung, endlich bei schlechter Involution des Uterus mit erhalten gebliebener Kontraktilität bewährt. Zur Anregung und Verstärkung von Geburtswehen wirkt sie besser als die Anwendung von Wasserkolpeurynter.

Beitrag zur Behandlung chronischer Beckenexsudate von Dr. Kehrer (Zentralbl. f. Gynäk. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 2). — Zur Praxis der Belastungslagerung von Dr. Pincus (Volkm. Samml. Nr. 332. — Schm. Jahrb. 276. Bd. 11. H.). — Über Belastungstherapie von Dr. Königstein (Zentralbl. f. d. ges. Th. 3. H.). — Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 6. Bd. 8. H.).

Beri-Beri. Prof. Miura (Tokio) empfiehlt für die leichten Fälle von Beri-Beri Abführmittel, namentlich eine mehrere Wochen durchgeführte Kur mit salinischen Abführmitteln. In Fällen mit Zirkulationsstörungen hat sich der Aderlass sehr bewährt, der namentlich bei gleichzeitiger Anwendung der erstgenannten Medikamente günstig wirkte. Diese Kombination hat Miura auch ausgezeichnete Dienste geleistet bei den Komplikationen der Beri-Beri: Herzinsufficienz, Pneumonie, Pneumothorax, Nephritis u. dgl.

Prof. Miura über die Behandlung der Beri-Beri auf der deutschen Naturforscherversammlung zu Karlsbad (Med. Woche Nr. 48).

Bismutose. Bismutose ist eine Wismut-Eiweissverbindung und stellt ein feines, weisses, geruch- und geschmackloses Pulver von 21% Wismutgehalt dar. Es wird durch den Magensaft nicht zersetzt. Verschiedene Autoren haben das Mittel sehr brauchbar gefunden bei Cholera nostras, Brechdurchfall und einfacher Enteritis, andere Autoren haben es als Sedativum und Antacidum verwandt und dem Bismuthum subnitricum vollkommen gleichwertig befunden. Dr. Manasse (Karlsruhe) hat 23 Fälle mit Bismutose behandelt und zwar teils Erwachsene, teils Kinder; meist handelte es sich bei letzteren um Cholera infantum und sonstige Diarrhoen, bei Erwachsenen um akute und chronische Kolitiden; in den meisten Fällen führte das Präparat, welches Verfasser teils per os, teils per Klysma verabreichte, in wenigen Tagen Heilung herbei. Die Bismutose wird messerspitzen- bis kaffeelöffelweise verabreicht; um eine mandelmilchartige Emulsion zu erzielen, fügt man zu einer bestimmten Quantität des Präparates langsam und tropfenweise unter Umrühren heisses Wasser hinzu. Der so entstehende Brei nimmt mit Leichtigkeit beliebige Mengen Wasser, Tee, Reisschleim, Eiweisswasser, Abkochung von Kalbsfüssen oder Stärkelösung (für Klystiere) auf. Erwachsene wie Kinder gaben an, dass es keinen unangenehmen Geschmack habe. Übrigens besitzt die Bismutose als Eiweissverbindung auch einen gewissen Nährwert. Nebenwirkungen hat Verfasser niemals beobachtet. In allen Fällen hob das Präparat die Antiperistaltik des Magendarms nach kurzer Zeit auf, beschränkte die Sekretion des Darms und führte so zur Eindickung des Fäces. Der Preis ist so mässig, dass die Bismutose als Schachtelpulver verabreicht sich noch billiger stellt, als andere Adstringentien.

Dr. Lissauer sah bei 30 Kindern gute Erfolge von der Bismutose. Das Mittel kam nur bei Dyspepsien in Anwendung. Bei solchen Kranken, bei denen sich die dyspeptische Erkrankung hauptsächlich in der grossen Zahl mehr oder wenig wässeriger, zerfahrener, schleimiger Stühle dokumentierte, gab Autor das Mittel, um den bestehenden Reizzustand zu beseitigen und die Stühle an Zahl zu verringern und an Beschaffenheit zu bessern. Wenn aber die Erkrankung mit schweren Intoxikationserscheinungen einherging, wäre es widersinnig gewesen, die schädlichen Nahrungsreste zurückzuhalten. In solchen Fällen wurde erst nach zufriedenstellender Wirkung diätetischer Massnahmen nötigenfalls Bismutose gegeben, früher gereicht, war das Mittel machtlos.

Auch Dr. Künkler erzielte gute Erfolge mit der Bismutose bei Brechdurchfall der Säuglinge.

Über Bismutose von Dr. Manasse (Ther. Monatshefte 1. Heft. — Allg. med. Zentral-Zeitung Nr. 38). — Bismutose bei Diarrhöen kleiner Kinder von Dr. Lissauer (Deutsche medizinische

Digitized by Google

Wochenschr. Nr. 33). — Über Bismutose von Dr. Künkler (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 24).

Blasensteine. Prof. v. Frisch (Wien) hat von 1891 bis Ende 1901 400 Blasensteine operiert, und zwar 306 durch Zertrümmerung, 94 durch den hohen Schnitt. Nach Autors Meinung sind Blasensteine durch Litholapaxie zu operieren; nur wenn ein Grund gegen diese vorliegt, ist die Sectio alta zu machen. Kontraindikationen gegen die Zertrümmerung sind: sehr grosse Steine, denen die Blase eng anliegt; sehr harte Steine; Divertikelsteine, die nicht aus der Tasche entfernt werden können; Steine um Fremdkörper, die nicht zertrümmert werden können; Prostatahypertrophie, die die Instrumente nicht passieren lässt; schwere Cystitis mit Beteiligung der Nieren.

Dr. Miclescu (Konstantinopel) hat 128 Fälle von Harnsteine der Blase operativ behandelt, wovon nur vier gestorben sind, darunter zwei an interkurrenten Krankheiten. In seinen sämtlichen Fällen bediente sich Verfasser folgender Operationsmethode. In erster Linie legt er auf die Applikation des antiseptischen Prinzips in der Praxis hohen Wert. Ist die primäre Asepsis gewahrt, so heilen die Perinealwunden rasch und sicher. Der tief narkotisierte Kranke befindet sich in der Steissrückenlage mit stark erhöhtem Oberkörper, der Operateur sitzt zwischen den Beinen des Patienten. Verfasser legt in der Medianlinie am Perineum den Haut-, sowie den Urethralschnitt möglichst kurz an. Nach der Durchschneidung der Urethra geht er sofort mit dem kleinen Finger in die Urethralwunde hinein, um dieselbe stumpf zu dilatieren, führt eine einfache starke Steinzange in die Blase und die Extraktion erfolgt sofort. Bei kleinen Konkrementen unter 3,5 cm währte die Operation kaum 2—3 Minuten. Der Umstand, dass die Prostata und der Blasenhals in tiefer Narkose sehr dehnbar sind, erlaubte es, Dilatatorien zu meiden. Im äussersten Notfalle kann auch die Steinzange sehr gut dazu dienen. Im allgemeinen ist es nötig, auch das muskulösfibröse Septum urogenitale zu durchschneiden. War der Harnstein etwas grösser — über 5 cm Durchmesser — und die Öffnung zu klein, so wurde versucht, den Stein durch die Litholapaxie zu zerkleinern und die frakturierten Konkremente mit dem Steinlöffel zu entfernen. Um keine zu grosse Quetschung der Gewebe zu veranlassen, wurden dieselben nicht selten durch multiple Débridements zirkulär incidiert. Handelte es sich um einen sehr voluminösen Oxalastein, dann musste der Schnitt, der durch die Prostata und das Collum vesicae ging, verlängert werden. Jedenfalls musste auch die Litholapaxie versucht werden. Verfasser empfiehlt, bei der Anwendung von Steinzertrümmerung vor allen Dingen mit kräftigen Instrumenten zu arbeiten. Nach Entfernung der vesikalen Konkremente und nach Ausspülung der Blase mit blutwarmem sterilen Wasser folgte sofort die Naht der Wunde. Subkutanes Bindegewebe, Fascie und Haut wurden gefasst und mit Seide genäht und für das exakte Zusammenlegen dieser anatomisch durchschnittenen Teile gesorgt. Ging der Schnitt ausnahmsweise auch durch das Collum vesicae, so wurde auch das äussere periprostatische und periurethrale Gewebe mit 2—4 versenkten Nähten geschlossen. Die Urethra dagegen wurde nie genäht, um keine Striktur künstlich hervorzurufen. Im allgemeinen legte Verfasser 3—5 Hautnähte an. Es folgte darauf ein Jodoformverband.

Dr. Tichow hat an 12 Kindern von 2—14 Jahren die Sectio alta vorgenommen und dabei in allen Fällen die von Prof. Rasumowski empfohlene Methode gewählt, welche darin besteht, mittelst Metallnähten die Blasenwunde vollständig zu verschliessen und zugleich an die Bauchwand zu fixieren. Die Nähte werden von aussen geknüpft, nach etwa 6—10 Tagen entfernt, und besteht hierin der Vorzug, dass die Nähte nicht durchschneiden und ins Blaseninnere fallen können, was seinerseits zur erneuten Bildung von Steinen Anlass geben könnte. Als Kontraindikationen für diese Methode dienen nach Autor höchstens nur ein schlechter Allgemeinzustand des Kindes und das Vorhandensein von Nephritis, während Rasumowski für Erwachsene noch eitrige Cystitis, grössere Hypertrophie der Blasenwandung, leichtes Zustandekommen von

Digitized by Google

Blutungen u. s. w. als Kontraindikation hingestellt hat.

400 Blasensteinoperationen von Prof. v. Frisch (Wien. klin. Wochenschr. 13—15. — Schm. Jahrb. 275. Bd. 8. H.). — Die Harnsteine der Blase und ihre operative Entfernung von Dr. Miclescu (Ther. Monatsh. 1. H. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 44). Über Sectio alta im Kindesalter von Dr. Tichow (Russk. Wratsch. — Rev. russ. med. Ztschr. Nr. 10).

Blenorrhoea neonatorum. Dr. Runge teilt die Erfolge der Credéisierung an der Göttinger Frauenklinik bei 1917 Neugeborenen mit. Es trat kein einziger Fall von Frühinfektion in den ersten Tagen nach der Geburt ein. Um die Entstehung von Konjunktivitiden zu vermeiden wurde bei 600 Kindern statt der 2%igen eine 1%ige Lapislösung verwendet, ohne dass die Resultate sich verschlechtert hätten.

Prof. Leopolds (Dresden) Erfahrungen erstrecken sich auf 80000 Neugeborene, bei denen die Blenorrhoe durch das Credésche Verfahren verhütet wurde. Die ungünstigen Angaben von Cramer aus der Bonner Frauenklinik führt Verfasser auf die dort gehandhabte Methode zurück. Eine schwere Reaktion nach richtig ausgeführter Credéisierung ist dem Verfasser noch nie vorgekommen. Das Credésche Verfahren ist vollkommen ungefährlich, wenn man sich strikte an die von Credé gegebenen Vorschriften hält. Statt der 2%igen Lösung genügt übrigens auch die 1%ige, welche nie eine Reizung hervorruft, die irgend eine erhebliche Bedeutung hätte. Die von Hirsch gegen die Credéisierung vorgebrachten Einwände können nicht anerkannt werden. Leopold ist für die obligatorische Einführung der Methode, die ohne Bedenken in die Hand der Hebammen gelegt werden kann.

Auch Dr. Königstein (Wien) redet dem Credéschen Verfahren das Wort und wünscht, dass die Vornahme desselben auch den Hebammen nach vorheriger Unterweisung an den Schulen behördlicherseits obligatorisch aufgetragen werde.

Dr. Lewitt kommt in einem Sammelreferate über die Verwendung von Protargol bei der Blenorrhöe der Neugeborenen zu dem Schluss, dass eine 20%ige Protargollösung der bisher verwendeten 2%igen Höllensteinlösung vorzuziehen sei, da bei gleichem therapeutischem Effekt die heftigen Reizerscheinungen der sogenannten falschen Blenorrhöe nicht zu befürchten sind.

Die Erfolge der Credéisierung Neugeborener von Dr. Runge (Berl. klin. Wochenschr. Nr 20.). — Zur Verhütung der Augenentzündung der Neugeborenen durch Credéiseirung von Prof. Leopold (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 33. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 34). — Zum Augentripper der Neugeborenen von Dr. Königstein (Zentralbl. f. d. ges. Ther. 10. H.). — Über die Verwendung von Protargol bei der Blenorrhöe der Neugeborenen von Dr. Lewitt (Deutsch. med. Wochenschr. Nr. 23).

Blutstillung. Dr. Stursberg (Bonn) experimentierte an gesunden und durch Chromsäure nierenkrank gemachten Kaninchen, denen er 5—10—15 ccm sterilisierter 10—40%ige Gelatinelösungen einspritzte und erhielt dabei folgende Resultate. Die subkutan eingeführte Gelatine lässt sich bei nierengesunden Tieren mit den gewöhnlichen Hilfsmitteln nicht im Harn nachweisen; dagegen ist die kranke Niere (im Tierversuch) in erheblicherem Grade für sie durchlässig. Eine wesentliche Einwirkung auf die experimentell erzeugte Nierenerkrankung liess sich bei Anwendung reiner Gelatine nicht nachweisen, wohl aber war bei Einführung eines minderwertigen Präparates eine schwere Schädigung der Gefässknäuel, wahrscheinlich veranlasst durch beigemengte Bakterienprodukte, erkennbar. Verfasser zieht aus diesen Ergebnissen den Schluss, dass beim Menschen nur eine aus absolut zuverlässiger Quelle bezogene, sorgfältig aufbewahrte Gelatine verwendet werden darf und dass die Anwendung reiner Gelatine beim nierenkranken Menschen nicht als unbedingt verboten anzusehen ist.

Eine sachgemässe Gelatineinjektion kann nach den Erfahrungen Prof. Landerers (Stuttgart) bei inneren Blutungen sehr schätzenswerte Dienste leisten. Die Gelatineinjektion wirkt bei Hämophilie geradezu lebensrettend. Die unangenehmen Folgen lassen sich durch zweckmässige Ausführung — eigenhändige Sterilisation der Gelatinelösung, Einspritzen von 1%iger Lösung, an einem Orte nie mehr als 30 bis 50 ccm — auf ein Mini-

Digitized by Google

mum herabdrücken. Die Gelatineinjektionen sind daher besonders auch für den praktischen Arzt ein wichtiges Hilfsmittel gegenüber inneren Blutungen, denen er bis jetzt ziemlich machtlos gegenüberstand.

Unter allen nicht chirurgischen oder überhaupt unmittelbar auf die blutende Stelle anwendbaren Methoden der Blutstillung gibt es nach Prof. Curschmanns (Leipzig) Erfahrungen keine, die dem Gelatineverfahren in bezug auf Wirksamkeit an die Seite gestellt werden könnte. Neben der subkutanen Anwendungsweise hat sich die Einverleibung der Gelatine vom Magen aus in letzter Zeit mehr und mehr Freunde erworben. Auch diese Darreichungsform ist nicht allein örtlich bei Magen- und Darmblutungen, sondern auch bei Blutungen aus entfernteren Teilen von deutlicher Wirkung. Freilich ist sie der subkutanen Anwendung nicht an die Seite zu stellen; sie eignet sich vorzugsweise für die Nachbehandlung nach schweren Blutungen und prophylaktisch bei Neigung zu Rückfällen. Subkutan pflegt Verfasser das Mittel gewöhnlich so anzuwenden, dass baldmöglichst nach Eintritt der Blutung 4,0 g, an den folgenden Tagen je 2,0 g Gelatine in Lösung injiziert und diese Einspritzungen darauf nach Bedürfnis noch mehrmals mit einem Tag Pause wiederholt werden. Anfänglich wurde eine 2%ige Lösung benutzt, doch hat dieses Verfahren insofern Nachteile und Unbequemlichkeiten, als man verhältnismässig grosse Mengen von Flüssigkeit einspritzen muss. Sie sind für den Praktiker nicht recht handlich, und empfindliche Kranke scheuen die durch die Flüssigkeitsmenge bedingte schmerzhafte Hautspannung. Diese Nachteile kann man dadurch vermeiden, dass man 20%ige Gelatinemischung zur Anwendung bringt. Die Dosis von 4 g Gelatine ist dadurch auf eine Gesamtmenge von nur 20 g Injektionsflüssigkeit herabgesetzt, die mit einer kleinen Spritze bequem an einer einzigen Stelle der Haut eingespritzt werden kann. Das 20%ige Gelatine-Wassergemenge ist nicht flüssig, sondern gallertig fest. Wenige Minuten Eintauchen des die Masse enthaltenden Fläschchens genügt aber, sie so zu verflüssigen, dass sie leicht durch eine verhältnismässig enge Kanüle zu treiben ist.

Dr. Thieme (Görbersdorf) berichtet über 12 Fälle von Lungenblutungen, in denen er mit subkutanen Gelatineinjektionen recht gute Erfolge erzielte.

Dr. Hammelbacher und Dr. Pischingen raten in jedem Falle einer starken Hämoptoe einen Versuch mit Gelatineinjektionen zu machen, vorausgesetzt, dass die äusseren Verhältnisse die Beschaffung einer einwandfreien Lösung und eine aseptische Applikation derselben ermöglichen. Alsdann pflegen die Einspritzungen auch keine besonderen Schmerzen oder sonstige Komplikationen zu verursachen. Als Injektionsstellen wurden die Brustseiten oder auch der Oberschenkel benutzt, doch ist die erstere Stelle zu bevorzugen. Bei eventuellen Schmerzen lässt man warme Umschläge machen, die auch prophylaktisch gute Dienste leisten und die Resorption der Gelatine, wie es scheint, beschleunigen.

Auch Dr. Margoniner und Dr. Hirsch loben die Gelatine als ein treffliches blutstillendes Mittel.

Dr. Zuppinger (Wien) machte mit den subkutanen Gelatineinjektionen bei den verschiedenen hämorrhagischen Diathesen des Kindesalters die besten Erfahrungen und wandte dieselben nur an, wenn ihn alles andere im Stiche liess. Wie eklatant die Wirkung auf die Blutung ist, sah Zuppinger z. B. bei einem 10jährigen Mädchen mit schwerer Purpura haemorrhagica, dem ein Mahlzahn gezogen wurde. Auf wiederholte sorgfältigste Tamponade mit verschiedenen Stypticis stand die Blutung nicht. Da injizierte Zuppinger 15 ccm einer 5%igen Gelatinelösung und konnte nach einigen Minuten den Tampon herausziehen, ohne dass ein Tropfen Blut nachsickerte. Bei leichten Fällen genügte die interne Verabreichung 5—10%iger Gelatine. Ebenso wichtig sind für den Pädiater die glänzenden Erfolge der subkutanen Gelatinetherapie bei Melaena neonatorum. Unter dieser Behandlung hat sich die sonst schlechte Prognose bei dieser Krankheit so gebessert, dass man nach Zuppinger förmlich verpflichtet ist, in jedem schweren Falle diese Therapie anzuwenden.

Digitized by Google

Auch bei Hämoptoe, Darm- und Magenblutungen u. s. w. machte man mit dieser Blutstillungstherapie günstige Erfahrungen. Wenn sich diese nun noch immer nicht allgemeiner Anwendung erfreut, sind daran die mitunter nach den Injektionen aufgetretenen Nebenerscheinungen, wie Fieber, Schmerzen, Abscessbildung, Hautgangrän, Nephritis, Hämoglobinurie und vor allem das Schreckgespenst des Tetanus schuld. Die gewöhnliche käufliche Gelatine, aus der bisher die meisten Injektionsflüssigkeiten hergestellt wurden, darf als ganz ungeeignet zu therapeutischen Zwecken nicht mehr verwendet werden; pharmazeutisch zu benutzende Gelatine muss vielmehr aus den leimgebenden Substanzen nur kommissionell für gesund erklärter und frisch geschlachteter Kälber hergestellt werden. Zur Herstellung der Lösungen soll stets physiologische Kochsalzlösung verwendet werden, da ein Teil der Nebenwirkungen von dem Mangel an Natron herkommen soll. In Deutschland hat Merck die Erzeugung 2%iger sterilisierter Gelatinelösungen übernommen, welche allen Anforderungen, die man an eine Injektionsflüssigkeit stellen muss, genügen dürften. Die Dosierung richtet sich nach dem Alter des Kindes und der Gefährlichkeit der Blutungen. Bei Säuglingen fängt man mit 15 ccm einer 2%igen Lösung an und wiederholt die Dosis, wenn die Wirkung ausgeblieben ist. Durch lokale Applikation und internen Gebrauch kann man die Wirkung der Injektionen unterstützen. Ob Albuminurie und Nephritis als wirkliche Kontraindikationen anzusehen sind, wird die Zukunft lehren.

Wie Dr. Holtschmidt aus der Dresdener Frauenklinik mitteilt, gelang es in fünf Fällen von Melaena vera durch Gelatineinjektionen Heilung zu erzielen.

Über einen einschlägigen, günstig verlaufenen Fall berichtet Dr. Döllner.

Prof. Levy und Dr. Bruns (Strassburg i. E.) untersuchten die käufliche Gelatine auf Tetanuskeime. An vier von sechs untersuchten Proben von Gelatinetafeln wurden Tetanuskeime nachgewiesen. Es fragt sich nun, auf welche Weise man die Gelatine von den ihr anhaftenden Tetanussporen befreien kann. Nach der Angabe der Autoren werden diese Sporen bei 100° in strömendem Wasserdampf in acht Minuten vernichtet. Nach den Versuchen der Verfasser scheint eine viel längere Zeit zur Vernichtung der Sporen in strömenden Wasserdampf nötig zu sein; vielfach verhalten sich auch Sporen verschiedener Resistenz verschieden in dieser Hinsicht. Erst wenn genauer festgestellt wird, wie lange und auf welche Temperatur man die Gelatine erhitzen muss, um alle Tetanussporen mit Sicherheit abzutöten, ferner ob bei beliebig lange dauernder Erhitzung die Gelatine ihre hämostatischen Eigenschaften behält, wird man sie ohne Besorgnis zur Blutstillung verwenden dürfen.

Auch Dr. Schmiedicke (Berlin) fand in der käuflichen Gelatine Tetanuskeime.

Dr. Zupnik (Prag) teilt einen Fall von hämorrhagischer purulenter Cystitis mit, in dem durch 2%ige Gelatineinjektionen in die Harnblase die Blutung stillstand, doch trat nach zwölf Tagen Tetanus auf.

Prof. Krause (Berlin) hat nach eigenen Beobachtungen den Eindruck gewonnen, dass wir in den Gelatineinjektionen ein für die Kranken bei vorsichtiger Anwendung völlig unschädliches und auch noch bei schweren Blutungen wirksames Mittel haben, dessen weitere praktische und theoretische Prüfung sich dringend empfiehlt. Offenbar hat es sich bei den vorgekommenen Unglücksfällen um ungenügende Sterilisierung der verwendeten Gelatine gehandelt. Nach Ansicht von Krause muss bei der Sterilisierung der Gelatine streng nach bakteriologischen Grundsätzen verfahren werden und zwar ist die Sterilisierung in der Weise vorzunehmen, dass sie an fünf aufeinanderfolgenden Tagen je ½ Stunde in strömendem Dampf bei 100° C. vorgenommen wird, wodurch sicher Keimfreiheit erzielt wird. Die so bereiteten Lösungen halten sich dann monatelang.

Dr. Krug hält das Überhandnehmen der Gelatineeinspritzungen für höchst bedenklich. Er kann bereits sieben Fälle von Tetanus nach solchen Einspritzungen zusammenstellen und vermutet, dass es deren noch mehr gibt. Dass die im Handel befindliche Gelatine

Digitized by Google

durchaus nicht zu selten Tetanuskeime enthält, haben Levy und Bruns durch Tierversuche nachgewiesen und in vielen Fällen wird weder Zeit noch Gelegenheit zu einer genügenden Desinfektion der Gelatine vorhanden sein. Wer sich seine Gelatine selbst einwandfrei herstellen kann, mag weitere Versuche mit diesem auch in seiner Wirkung recht zweifelhaften Mittel anstellen, seine allgemeine Anwendung in der zur Zeit üblichen Art und Weise ist zu widerraten.

Dr. Tschuschner hat bei Ulcus ventriculi, Darmblutung und Hämophilie durch per os verabreichte Gelatine und Gluton, eine aus Gelatine durch Säurewirkung gewonnene Gelatose vorzügliche Resultate erzielt.

Einem an Hämophilie leidenden Knaben verabreichte Dr. Hesse (Sebnitz) täglich 200 g einer 10%igen Gelatinelösung mit Beimengung von Himbeersaft oder Zitronensaft sechs Monate lang, wodurch er Heilung erzielte.

Sehr beachtenswerte Ratschläge zur Pflege bei Lungenblutungen erteilt Prof. Senator (Berlin). Bei starken Blutungen darf man sich zunächst nicht mit der Erforschung der Ursachen der Blutung aufhalten, vor allem nicht durch Untersuchungen, welche anstrengende Körperbewegungen oder gezwungene Körperhaltung erfordern, durch Beklopfen der Brust, sondern man suche erst die Blutung zu bekämpfen. Zu diesem Zwecke ist alles zu vermeiden, was zu Hyperämie, aktiver oder passiver, führt, vor allem körperliche oder geistige Aufregung, stark erregende Nahrungs- und Genussmittel, Alkohol, starker Kaffee und Tee und ähnlich wirkende Getränke. Der Patient soll also im Bett mit aufgerichtetem Körper liegen, jede unnötige Bewegung, Sprechen oder gar Schreien, Pressen zum Stuhl und alle sonstigen wie auch immer gearteten Anstrengungen vermeiden und den Husten möglichst unterdrücken. Dies gelingt oft schon durch einfache, leere Schluckbewegungen und noch besser, wenn schleimige, nicht reizende und nicht zu kalte Flüssigkeiten, wie laue Milch, Mandelemulsion, oder ähnlich wirkende Pastillen, besonders Gummibonbons, langsam verschluckt werden. Allenfalls können leichte Narkotika, wie Aqua amygdalarum amararum, Extractum hyoscyami oder, um Nachtruhe zu erzielen, abends Morphium oder ein Opiat gegeben werden. In dieser Weise gelingt es, leichtere Blutungen in kurzer Zeit, gewöhnlich in wenigen Tagen zum Stillstand zu bringen. Manche empfehlen tiefe Atmungen und lassen dem Husten freien Lauf, um die Blutmassen aus den Luftwegen zu entfernen. Indessen sieht man davon öfter Verschlimmerung, als Besserung; und abgesehen davon wirkt der häufige Husten beunruhigend und verstimmend auf die Kranken. Bei allen irgendwie stärkeren Blutungen kommt zunächst die Kälte äusserlich zur Anwendung, und zwar werden kalte Kompressen oder eine leichte Eisblase auf die Brust gelegt, insbesondere auf diejenige Seite, welche sich nach den Empfindungen des Patienten, durch Schmerzen oder Gefühl von Rasseln, oder bei vorsichtiger Auskultation als mutmasslicher Sitz der Blutung zu erkennen gibt. Als Nahrung wird am besten nur Milch oder Mandelmilch, kalt oder höchstens lauwarm gereicht, daneben zur Stillung des Durstes Wasser oder Limonaden. Zieht sich die Blutung in die Länge, so kann auch andere flüssige oder weiche Nahrung, Suppen, Eier, Gelees, gereicht werden, immer mit Vermeidung stark erregender und gewürzter oder scharfer zum Husten reizender Stoffe. Über die Wirksamkeit der Gelatine sind die Meinungen geteilt. Sollte ihr eine Wirkung zukommen, so wird sie am ehesten zu erwarten sein bei direkter Einspritzung ins Blut, die aber immerhin nicht ungefährlich ist, oder bei Einspritzung unter die Haut, die, zumal bei etwas stärkerer Konzentration der Gelatinelösung, ziemlich schmerzhaft ist. Von beiden Einverleibungsarten wird man bei Bluthusten im allgemeinen keinen Gebrauch machen, insbesondere auch von den weniger gefährlichen Einspritzungen unter die Haut deshalb nicht, weil sie mit Schmerzen und Aufregung des Kranken verbunden sind, ohne dabei die Gewähr der Sicherheit einer erfolgreichen Blutstillung zu bieten. Beim innerlichen Gebrauche der Gelatine ist es sehr fraglich, ob ihr irgend eine die Blutgerinnung

Digitized by Google

fördernde Eigenschaft zukommt, da die Gelatine, der Leim, im Verdauungsapparat verändert und in Leimpepton umgewandelt wird, von welchem jene Wirkung bisher niemals behauptet worden ist. Höchstens könnte man annehmen, dass bei übermässig starker Zufuhr von Leim ein Teil der Verdauungsumwandlung entgeht und unverändert ins Blut gelangt, um vielleicht seine Wirkung auszuüben. Immerhin empfiehlt sich bei der Pflege von Kranken mit Bluthusten die Anwendung der Gelatine in Form von Gelees als Jus von Kalbsfüssen oder von Hausenblase, weil der Leim ein gutes Nährmittel ist und in den genannten Formen ein leicht verdauliches, angenehmes, wohlschmeckendes Nahrungsmittel, das keine Kauarbeit erfordert, darstellt. Bei Blutungen, die sich in die Länge ziehen, kann man vielleicht die Einspritzung von Leim unter die Haut heranziehen neben anderen Mitteln und Methoden. Das Schlucken von Kochsalz und das Binden der Glieder sollte immer nur vom Arzte selbst oder unter dessen besonderer Kontrolle vorgenommen werden. Nach dem Aufhören der Blutung ist strengste Ruhe, vorsichtige Diät bei Fernhaltung aller Reizmittel noch lange Zeit fortzusetzen und, sobald die nunmehr vorsichtig angestellte Untersuchung eine Aufklärung über die Ursache der Blutung gebracht hat, die gegen diese gerichtete unmittelbare Behandlung einzuschlagen. Verständlicher als die Wirkung der empirischen allgemeinen Mittel ist der Nutzen der Narkotika, weil sie die Aufregung des Kranken und den Hustenreiz mildern und die Häufigkeit der Atemzüge und Pulsschläge, auch wohl den Blutdruck herabsetzen. Ihre Anwendung empfiehlt sich deshalb bei jeder Hämoptoe, die leichtesten Fälle ausgenommen, welche ihrer nicht bedürfen. Obenan steht das Morphium, sodann Codein, welche man allenfalls noch mit dem ähnlich aber schwächer wirkenden Bittermandelwasser verbinden kann. Opium und seine Präparate sind weniger empfehlenswert und verdienen nur bei bestehender Diarrhöe den Vorzug. Zur Beruhigung der Herztätigkeit dient auch Digitalis, nicht bloss bei durch Herzfehler bedingtem, sondern besonders auch bei dem infolge der Lungentuberkulose auftretenden Bluthusten, zweckmässig ist dabei eine Verbindung mit Morphium.

Dr. Niedner hat an Prof. v. Leydens Klinik in Berlin Versuche gemacht, durch mechanische Fixierung der erkrankten Seite die Lungenblutungen zum Stillstande zu bringen. Zum Verbande benutzte Autor Helfenbergs Kautschuk-Heftpflaster, welches in 3 cm breite und etwa 60 cm lange Streifen geschnitten wurde. Zuerst wurde die Lungenspitze komprimiert; Verfasser führte, Wirbelsäule und Sternum als feste Punkte benutzend, die Streifen von der Wirbelsäule (etwa von der Höhe des dritten bis vierten Brustwirbeldornfortsatzes) beginnend über die Spitze unter starkem Zuge nach dem Sternum und liess dann, den vorhergehenden Streifen jeweils halb deckend, die übrigen Streifen gleichfalls unter starkem Anziehen derselben folgen. Zum Schutze der Clavicula, eventuell auch der Spina scapulae, und um gerade auch hier eine kräftige Kompression der sie begrenzenden Gruben zu erzielen, wurden entsprechend grosse und feste Watteballen in die betreffenden Gruben gelegt. Dann folgte zur Kompression der seitlichen Lungenpartieen eine horizontale Streifenlage, welche, an der Wirbelsäule etwa in der Höhe des dritten bis vierten Brustwirbeldornfortsatzes beginnend, ebenfalls unter starkem Zuge unter der Achsel fort bis zu dem Sternum geführt wurde und die erste Tour zum Teil deckte. Die Achselhöhle und Mammilla wurden mit kleinen Watteballen versehen, die Mamma musste durch ausbiegende Touren umgangen werden. Mit diesem Verbande wurden bisher fünf Kranke behandelt; in drei Fällen war der Erfolg überraschend günstig. Die Anwendung des Verfahrens setzt voraus, dass der Sitz oder wenigstens die Seite der Erkrankung, beziehungsweise der Blutung bekannt ist; es dürfte sich in den meisten Fällen hierüber schnell Klarheit schaffen lassen, da die Mehrzahl der Kranken eine deutliche subjektive Empfindung für den Ort der Blutung besitzt, und wo erstere im Stich lässt, dürfte eine schonende Untersuchung meist zum Ziele führen.

Dr. Leniewitsch empfiehlt das Oleum terebinthinae bei Gebärmutter-

Digitized by Google

blutungen. Er bedient sich folgenden Verfahrens. Zunächst werden die Wände des Cervikalkanals mit einer 25%igen Lösung von Karbolsäure in Glycerin touchiert und, wenn nötig, die Cervix unmittelbar darauf mit Hegarschen Sonden dilatiert. Alsdann tamponiert man die Uterushöhle mit Gazestreifen, die 5—10% Jodoform enthalten und die man ins Oleum terebinthinae eintaucht. Diese Gazestreifen werden ganz nass (ohne vorherige Expression) in die Gebärmutter eingeführt; das untere Ende des Tampons muss frei in die Scheide hineinhängen. Die Scheide selbst wird abgewischt und mit trockener hydrophiler Watte tamponiert. Die Kranke verbleibt im Bette. Nach ungefähr zwei Stunden, wenn die durch das Oleum terebinthinae bedingten Uterinkoliken ziemlich heftig werden, entfernt man den Tampon. Im Falle man Patientin nicht bald wiedersehen kann, gibt man ihr eine Dosis Ergotin. Während der nächsten drei oder vier Tage hat die Frau einen mehr oder weniger starken serösblutigen Ausfluss. Mit seinem Verschwinden schwindet auch die Metrorrhagie gewöhnlich. Nur selten wäre man gezwungen, einen zweiten mit Oleum terebinthinae getränkten Tampon (4—5 Tage nach dem ersten) in den Uterus einzulegen. Diese Behandlung ist, nach Verfasser hauptsächlich angezeigt bei interstitiellen Myomen und Endometritis haemorrhagica, besonders wenn das Tamponnement ohne Herunterziehen des Uterus und künstliche Dilatation der Cervix gelingt, und auch bei Metro- und Menorrhagien des Klimakteriums. Gegen die Blutungen post partum hat aber Verfasser, aus Furcht vor Luftembolieen, das Verfahren nicht angewandt.

Dr. Wallis (Chelsea) lässt bei Hämophilie dreimal täglich 0,6 Calciumchlorid in Lösung eine Woche hindurch nehmen, wodurch er die Gerinnungsfähigkeit des Blutes steigern zu können glaubt.

Dr. Kaufmann (Frankfurt a. M.) bedient sich zur Stillung von Blutungen aus der Harnröhre, welche gelegentlich Sondenuntersuchungen vorkommen, seit zwei Jahren mit dem besten Erfolge Urethralsuppositorien mit Stypticin (salzsaures Cotarnin) von folgender Zusammensetzung:

Stypticin	0,03—0,04
Ol. Cacao	1,50

M. f. bacilli urethrales longit. ctm 10 crassitudine 4 mm.

Statt Ol. cacao kann noch besser das gleiche Gewicht Gelatine genommen werden. Zur Stillung von parenchymatösen Blutungen nach kleinen Operationen leistet die im Handel erhältliche 30%ige Stypticin-Watte oder -Gaze vorzügliche Dienste.

Prof. Sneguireff (Moskau) machte in einem Falle von kavernösem Angiom der Milz die partielle Resektion, wobei sich die Blutstillung durch Wasserdampf mittelst verschieden geformter Ansatzstücke leicht und sicher bewerkstelligen liess.

Über die Einwirkung subkutaner Gelatineinjektionen auf experimentell erzeugte Nierenerkrankungen von Dr. Stursberg (Virchows Arch. 167. Bd. 2. H. — Schm. Jahrb. 275 Bd. 8. H.). — Zur Frage der Gelatineinjektionen v. Prof. Landerer (Württemb. med. Korr.-Bl. Nr. 20. — Schm. Jahrb. 275. Bd. 7. H.). — Prof. Curschmann zur Technik der subkutanen und innerlichen Gelatineanwendung bei Blutungen in der medizinischen Gesellschaft zu Leipzig (Münch. med. Wochenschr. Nr. 34). — Zur Behandlung der Lungenblutungen mit subkutanen Gelatineinjektionen von Dr. Thieme (Münch. med. Wochenschr. Nr. 5). — Zur Behandlung der Lungenblutungen mit subkutanen Gelatineinjektionen von DDr. Hammelbacher und Pischinger (Münch. med. Wochenschr. — Medico Nr. 4). — Die subkutane Gelatineinjektion und ihre Gefahren von DDr. Margoniner und Hirsch (Ther. Monatsh. 7 H.). — Dr. Zuppinger über Gelatineinjektionen im Kindesalter auf der deutschen Naturforscherversammlung zu Karlsbad (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 98). — Die subkutane Gelatineinjektion bei Melaena neonatorum von Dr. Holtschmidt (Münch. med. Wochenschr. Nr. 1). — Zur Therapie der Melaena von Dr. Döllner (Münch. med. Wochenschr. Nr. 21). — Über den Gehalt der käuflichen Gelatine an Tetanuskeimen von Prof. Levy und Dr. Bruns (Deutsch. med. Wochenschr. Nr. 8). — Weiteres über Tetanuskeime in der käuflichen Gelatine von Dr. Schmiedicke (Deutsch. med. Wochenschr. Nr. 11). — Dr. Zupnik über einen Tetanusfall nach Gelatineinjektion im Verein deutscher Ärzte in Prag (Münch. med. Wochenschrift Nr. 22). — Über die Gefahr der Tetanusinfektion bei subkutaner Anwendung der Gelatine zu therapeutischen Zwecken und ihre Vermeidung von Prof. Krause (Arch. f. exp. Path. u. Pharm. 47. Bd.). — Tetanus nach Gelatineinjektionen von Dr. Krug (Ther. Monatsh. 6. H. — Schm. Jahrb. 275. Bd. 8. H.). — Über Gelatina animalis per os als Hämostatikum von Dr. Tschuschner (Prag. med. Wochenschr. Nr. 19). — Innerliche Gelatinebehandlung bei Hämophilie von Dr. Hesse (Ther. d. Gegenw. 9. H.). — Zur Pflege bei Lungenblutungen von Prof. Senator (Die Krankenpfl. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 2. H.). — Die Blutstillung

Digitized by Google

bei Hämoptoe von Dr. Niedner (Deutsch. med. Wochenschr. Nr. 23). — Das Oleum terebinthinae bei Gebärmutterblutungen von Dr. Leniewitsch (Mediz. Obosr. Nr. 6. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 35). — Über Behandlung der Hämophilie mit Calciumchlorid von Dr. Wallis (Brit. med. Journ. — Ther. Monatsh. 12. H.). — Über Stypticin als lokales Hämostatikum von Dr. Kaufmann (Monatsh. f. pr. Dermat. — Med. Blätter Nr. 9). — Ein Fall von partieller Resektion der Milz unter Anwendung des Wasserdampfes als Blutstillungsmittel von Prof. Sneguireff (Arch. f. klin. Chir. 65. Bd. 2 H.).

Bromokoll. Dr. Hönigschmied (Weistrach) berichtet über seine Erfahrungen bei Anwendung des Bromokoll in Fällen von Epilepsie, Konvulsionen, Melancholie, nervösem Kopfschmerz, Pollutionen etc. Die verwendeten Dosen waren je nach Art der Erkrankung 1—10 g täglich. Die Wirkung des Bromokoll äusserte sich im allgemeinen in einem Zustand behaglicher Ruhe, Aufhören der Reizerscheinungen und Krämpfe und Eintritt ruhigen Schlafes. Die Darreichung geschah in Pulverform. Niemals wurden unangenehme Nebenerscheinungen beobachtet, selbst nicht in einem Falle, in welchem fünfzig Tage lang Gaben von 10 g pro die gereicht wurden. Die Wirkungen bei Epilepsie und schweren nervösen Störungen waren zufriedenstellende. Sehr gute Dienste leistete Bromokoll bei nervösem Kopfschmerz, Kreuzschmerzen, Zuckungen einzelner Muskelpartien, wobei Dosen von dreimal täglich 0,5 g zur Heilung ausreichten.

Dr. Ledermann (Berlin) erprobte das Bromokoll in Form des Bromokoll-Resorbins in einer grösseren Versuchsreihe bei Pruritus nervosus jeder Art, sowie bei anderen mit Jucken verbundenen Hautkrankheiten. Der Erfolg war gewöhnlich ein prompter und schon nach einer oder wenigen Einreibungen bemerkbar. Meist handelte es sich um Formen des lokalen Pruritis am Mastdarm, der Vulva und anderen Stellen, bei denen alle möglichen Mittel erfolglos waren. Bei Pruritus ani verstärkte Verfasser die Wirkung noch durch Bromokollzäpfchen (Bromocoll. 1,0, Butyr. Cacao 2,0). Eine Ätzwirkung auf die Mastdarmschleimhaut wurde dabei nie beobachtet. Ferner wurde das Mittel bei einem Falle von Lichen ruber planus universalis, in dem das intern verabreichte Arsen noch nicht zur Wirkung gekommen war, angewandt; hier beeinflusste es den Juckreiz in günstiger Weise, ebenso in mehreren Fällen von Urticaria, von seborrhoischem und chronischem Ekzem. Aus allen seinen Beobachtungen zieht Verfasser den Schluss, dass das Bromokoll-Resorbin ein brauchbares und der Anwendung wertes Mittel zur Bekämpfung des Juckreizes bei nervösen und chronisch entzündlichen Hautaffektionen ist.

Auch Dr. Lanz (Moskau) wandte die 10%ige Bromokollsalbe mit bestem Erfolge bei Pruritus an.

Dr. Joseph (Berlin) empfiehlt folgende Ordination:

Rp.: Bromocoll. solub. 5,0—20,0
Zinci oxyd. 20,0
Amyli 30,0
Glycerini
Aqu. dest. āā 100,0
D. S. Schüttelmixtur.

Es wird aufgepinselt und trocknet ein. In dieser Form wandte es Joseph auch bei subakuten und chronischen Ekzemen an, wenn die Entzündung nicht mehr stark ist.

Die therapeutische Anwendung des Bromokoll von Dr. Hönigschmied (Klin.-ther. Wochenschr. — Medico Nr. 18). — Über Bromokollresorbin von Dr. Ledermann (Festschr. d. Med. Nr. 14. — Medico Nr. 28). — Über Bromokollsalbe von Dr. Lanz (Wratsch. Nr. 4). — Über Bromokoll von Dr. Joseph (Dermat. Zentralbl. Nr. 7).

Bronchialerkrankungen. Dr. Saenger (Magdeburg) empfiehlt als Expektorans für zähe Auswurfmassen das Extractum hydrastis canadensis fluidum. Durch die Konstanz seiner Zusammensetzung verdient das ebenso wirksame Hydrastinum muriaticum den Vorzug. Autor verschreibt:

Rp.: Hydrastini muriat. 1,0
Aqu. dest. 19,0
D. S. 3—4mal täglich 10—20 Tropfen.

Über die Expektoration und expektorierende Mittel und Methoden von Dr. Saenger (Wien. klin. Rundsch. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 22).

Bubo inguinalis. Dr. Cedercreutz (Helsingfors) unterzog die in den Jahren

Digitized by Google

1891—1901 an Prof. Neissers Klinik in Breslau beobachteten Fälle von Bubo inguinalis einer eingehenden Kritik, wobei er zu folgenden Schlussfolgerungen gelangte: 1. In mindestens $^1/_7$ aller Bubo inguinalisfälle kann die venerische Ursache der Affektion nicht festgestellt werden. 2. In etwa $^1/_6$ aller Fälle von nach Ulcus molle entstandenen Leistenbubonen sind die Drüsenschwellungen bilateral. Sonst verteilen sich die nach Ulcus molle entstandenen Bubonen ziemlich gleich auf die beiden Seiten, mit einer geringen Bevorzugung der linken Seite. 3 Die sogenannten abortiven Bubobehandlungsmethoden sind zu unterlassen. 4. Soweit wie möglich sind die Bubonen konservativ-exspektativ zu behandeln. Sehr empfehlenswert sind hierbei: heisse Sandsäcke, Spiritusverbände (mit untergelegter Zinkpaste), essigsaure Tonerdeumschläge und in den allerersten Stadien Eisblasen. 5. Bei eingetretener Eiterung — und besonders in Fällen, wo nur eine einzelne Drüse vereitert ist, ist eine kleine Incision mit nachfolgender Injektion (eine oder mehrere) von Argentum nitricumlösung 1%—2% (Lang) oder — in den meisten Fällen noch lieber — Jodoformvaseline 10% zu empfehlen. Etwa $^3/_4$ oder $^4/_5$ der so behandelten Bubonen heilen ohne grössere operative Eingriffe. Die durchschnittliche Heilungsdauer dieser Fälle kann auf etwa zwei Wochen geschätzt werden. 6. Als ultimum refugium ist die breite Incision mit Auskratzung und Jodoformgazetamponade oder die Totalexstirpation der Drüsen vorzunehmen. Die durchschnittliche Heilungsdauer der so operierten Bubonen kann auf vier bis sechs Wochen geschätzt werden.

Beiträge zur Kenntnis des Bubo inguinalis und den Wert einiger Behandlungsmethoden von Dr. Cedercreutz (Ther. der. Gegenw. 8. H.)

Bulbusoperationen. In der Zeit von 1886—1900 sind an der Züricher Universitäts-Augenklinik des Prof. Haab, wie Dr. Bauer mitteilt, 320 Enukleationen gemacht worden. Diese Operation wurde auch stets bei Panophthalmitis vorgenommen. Die Desinfektion der Wunde geschah mit Sublimat 1 : 1000, eine Bindehautnaht wurde nie angelegt. Bei starker Infiltration der Tenonschen Kapsel wurde Jodoform ausgestreut und der Kranke so gelagert, dass das Wundsekret gut abfliessen konnte. Im Durchschnitte waren von der Verletzung bis zur Operation sieben Tage verflossen. Die Heilung wurde rasch erreicht. Nach 8—10 Tagen war die Wunde kaum verschieden von der nach einer einfachen Enukleation. Nur einmal bei besonders starker Infiltration der Tenonschen Kapsel, trat am Abend des zweiten Tages eine Temperatursteigerung ein, die Tags darauf wieder verschwand. Die Kranken konnten schon vom 3.—10. Tage nach der Operation entlassen werden.

Die Enukleation bei Panophthalmitis von Dr. Bauer (Korresp.-Bl. f. Schw. Ärzte. — Schm. Jahrb. 273. Bd. (1. H.).

C.

Cactus grandiflorus. Dr. v. Zeleński hat an Parenskis Abteilung in Krakau den von amerikanischen und englischen Ärzten empfohlenen flüssigen Extrakt des Cactus grandiflorus einer Prüfung unterzogen. Üble Nebenerscheinungen hat Autor von dem Mittel nie gesehen. Der therapeutische Erfolg wurde im Verlauf der unkompensierter Aortenklappenfehler erreicht. In dieser Hinsicht stimmen Verfasser Beobachtungen mit den Behauptungen anderer Autoren überein, welche den Cactus als ein beinahe spezifisches Mittel bei Aortenklappenfehlern betrachten, wie die Digitalis ein solches bei Mitralklappenfehlern ist. Die Kranken mit Erscheinungen von unkompensiertem Aortenklappenfehler — hochgradige Dyspnöe, Arhythmie, Ödem der Extremitäten und Ascites — verliessen,

Digitized by Google

nachdem sie längere Zeit mit Cactusextrakt behandelt wurden, das Spital mit gänzlich wiederhergestellter Herztätigkeit ohne jede Spur von Ödemen. Die Abnahme der Herzkammerdilatation konnte mittelst Perkussion objektiv festgestellt werden. Weit weniger befriedigende Erfolge gab die Cactustherapie bei unkompensierten Mitralklappenfehlern. Man konnte zwar die Dyspnöe auf einige Zeit vermindern, die 24stündige Harnmenge erhöhte sich, vollkommene Wiederherstellung der Kreislauftätigkeit ist jedoch mit der ausschliesslichen Cactusverabreichung nicht gelungen. Vorzügliche Dienste dagegen hann hier der Cactusextrakt während der Pausen in der Digitalisverabreichung leisten. Gute Erfolge erhielt Verfasser bei langwierigen pleuritischen Exsudaten, wo die Resorption träge, der Puls schwach gespannt und die Herztöne dumpf waren. Die Harnquantität erhöhte sich schnell, der Puls war kräftiger und der Resorptionsverlauf ging rascher vor sich. Die sphygmographische Kurve zeigte meist eine deutliche Erhöhung der Pulswelle. Auch im Verlaufe akuter infektiöser Krankheiten bei auftretender Herzschwäche leistete der Cactusextrakt gute Dienste. Autor liess dreimal täglich 30 Tropfen des Extraktes nehmen, doch können auch höhere Gaben straflos verabreicht werden.

Über die Wirkung des Extractum fluidum Cacti grandiflori von Dr. v. Zeleński (Klin.-ther. Wochenschr. Nr. 22).

Cascarine. Die von Leprince dargestellte Cascarine bildet den wirksamen Bestandteil der Cascara Sagrada. Das Mittel wirkt hauptsächlich durch Steigerung der Gallensekretion bei geringem Einfluss auf die Darmkontraktionen, während die Sagrada selbst noch ein schleimhautreizendes Öl und ein adstringierendes Harz enthält. Cascarine Leprince stört selbst bei längerem Gebrauche nicht nur nicht die Magendarmfunktion, sondern regt vielmehr sehr oft den Appetit an. Von anderer Seite wurde es besonders empfohlen bei Gravidität, Laktation und nach intraabdominellen Operationen, Verfasser selbst sah die besten Erfolge bei sekretorischer Insufficienz der Leber, katarrhalischem Ikterus, Stauungsleber und Lebercirrhose, sowie bei einfacher Atonie des Magendarmkanals. Die bekannten Pillen enthalten 0,1 Cascarine, ausserdem existiert ein Elixir, von dem ein Esslöffel der gleichen Dosis entspricht. Erwachsene nehmen 0,1—0,3 pro dosi, und zwar bei hartnäckiger habitueller Obstipation durch zehn Tage, bei einfacher Obstipation vor jeder Mahlzeit 1—2 Pillen, Kinder über zwei Jahre 0,01 bis 0,05 je nach dem Alter. Oft genügt selbst für Erwachsene eine einmalige Dosis für zwei Tage. Gewöhnung tritt auch nach längerem Gebrauche nicht ein.

Über Cascarine von Dr. Kluk-Kluczycki (Wien. klin. Rundsch. — Prag. med. Wochenschr. Nr. 18).

Cataracta. Dr. Mendel hat die Krankenjournale der Hirschbergschen Klinik in Berlin auf die Staroperationen bei Hochbetagten (von 80 Jahren und darüber) hin genau untersucht. Unter 1645 Kern-Starextraktionen betrafen 33 Patienten über 80 Jahre. Was die Operation selbst bei den Hochbetagten anbetrifft, so war dieselbe trotz der natürlichen Komplikationen seitens des Körpers und des Auges im wesentlichen ganz regelmässig. Nur ein einziges Mal, bei einer besonders unruhigen Patientin, wurde mässiger Glaskörperverlust beobachtet. Der Heilungsverlauf war mit einer Ausnahme ganz regelrecht. Ferner trat nach der Heilung des Starschnittes in einem Falle bei einem 80jährigen, der nur einen Tag zu Bett gelegen hatte, Bronchopneumonie auf, die zum tödlichen Ausgang führte. In diesem Falle war vor der im Anfang des Herbstes vorgenommenen Staroperation der ganze Sommer zu einer klimatischen und Badekur der chronischen Bronchitis benutzt worden. Auf Grund dieser Tatsachen darf man also getrost behaupten, dass auch bei Hochbetagten die Extraktion ein empfehlenswertes Verfahren darstellt. Allerdings ist grosse Sorgfalt und Überwachung notwendig, um gute Erfolge zu erzielen. Die Komplikationen von seiten des Körpers und des Auges erheischen grosse Aufmerksamkeit. Namentlich sind es die Bronchialkatarrhe, die infolge ihrer Hustenstösse ungünstig auf den Verlauf der Heilung einwirken.

Digitized by Google

Über Staroperationen bei Hochbetagten von Dr. Mendel (Berl. klin. Wochenschr. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 7).

Chielin. Chielin ist ein Extrakt aus der Tulpenzwiebel, das eine bräunliche, klebrige, angenehm riechende, in Wasser leicht lösliche Masse bildet. Dr. Heymann benutzte das Chielin als Seife, mit streng neutraler Olivenseife bereitet, sowie als Creme, der aus Extractum Bulbi Tulipeae, Aqua destillata, Glycerin, Byrolin und neutraler Olivenölseife zusammengesetzt ist und täglich zweimal mittelst Borstenpinsels oder mit dem Finger aufgetragen wurde. Gute Erfolge liessen sich mit dem Creme bei dem chronischen Ekzem, speziell bei der Schuppen- und Knötchenform mit Infiltration erzielen. dagegen versagte er bei den vesikulösen und pustulösen Formen. Bei den akuten und nässenden Ekzemen ist die Anwendung des Extraktes zu widerraten. Weiterhin wurden mit Erfolg durch Chielincreme Rhagaden und Rauhigkeiten, Pityriasis versicolor und Lichen ruber behandelt. Bei letzteren Erkrankungen wurde das eigentliche Leiden nicht beeinflusst, wohl aber das Jucken gemildert. Die Chielinseife wurde mit Wasser erweicht, aufgetragen und nach dem Eintrocknen nachts über auf der Haut belassen. Von gutem Erfolg zeigte sich die Seife bei Seborrhöe, Komedonen, Acne vulgaris et indurata, sowie bei Lichen pilaris. Als besondere Vorteile der Chielinpräparate sind nach Heymann zu bezeichnen: die grosse Reinlichkeit in der Anwendung, die Reizlosigkeit, sowie die Ungiftigkeit.

Über Chielin von Dr. Heymann (Deutsch. med. Wochenschr. Nr. 33. — Ther. Monatsh. 11. H.).

Chinin und Chininpräparate. Die bei Gelegenheit der französischen Madagaskar-Expedition zwecks Prüfung der verschiedenen Chininpräparate ernannte Kommission entschied sich, wie Dr. Martinet mitteilt, für die Bevorzugung des neutralen Chininum hydrochloricum oder Chininum bimuriaticum wegen seiner grössten Löslichkeit und seines grössten Chiningehaltes. Die Wasserlöslichkeit der in Frage kommenden Präparate ist:

Chinin. sulf. basic.	1 : 58
Chinin. sulf. neutr.	1 : 11
Chinin. hydrochlor. bas.	1 : 23
Chinin. hydrochlor. neutr.	1 : 0,6

In bezug auf Alkaloidreichtum folgen in absteigender Reihe: Chinin. hydrochlor. (81 Gewichtsproz.), hydrobrom. und sulf. (74 Gewichtsproz.). In Fällen dringender Anwendung ist also dem Chin. hydrochlor. unbedingt der Vorzug zu geben; praktisch kann man seine Wirksamkeit doppelt so gross wie die des Chin. sulf. nennen. Nach Prüfung der Verabreichungsformen sprach sich die genannte Kommission gegen die komprimierten Tabletten aus wegen unzuverlässlicher Löslichkeit und Resorption. Gute Resultate ergab die Dosierung in Gelatinekapseln, Caps. amylac. und Pillen (mit Sacch. lactis und Gummi arab. in genau reichender Menge verarbeitet). Um das Pulver blank zu geben, empfehlen sich als Korrigentien: Fruchtmus, Honig, gebackene Äpfel, Syr. Aurant. cortic. Glycerin, Kaffee und Abkochung von Rad. Liquir.

Dr. Brunton rät, das Chinin in hinreichender Menge angesäuerten Wassers zu geben, wodurch seine Fällung durch den alkalischen Speichel verhindert werde; anstatt des bitteren entstehe so eher ein süsslicher, fast angenehmer Nachgeschmack. Die Resorption im Darmtraktus werde durch vorhergehendes Laxieren (salinisch oder Kalomel) befördert. Zur subkutanen Injektion empfiehlt Autor das Chininum hydrochlor. neutr. oder bimuriat. Für die Rektalapplikation ist das Suppositorium besser als das Klystier (0,2 auf 100 Inf. flor. Chamom. mit Tr. Opii gtt. I). Die Resorption geht sehr rasch vor sich: im Urin findet sich das Chinin schon 13 Minuten nach der subkutanen Injektion, 15 Minuten nach Verabreichung per os und 20 Minuten nach der Rektalapplikation. Die Resorptionsgeschwindigkeit ist somit nicht wesentlich verschieden, wohl aber die Resorptionsgrösse. Die mittlere tägliche Dosis ist 0,1 g pro Jahr bis zum vierten Lebensjahre, für den Erwachsenen 1 g des Chinin. sulf., die man nur in dringenden Fällen überschreiten

Digitized by Google

wird oder bei Individuen, deren Toleranz gegen Chinin ausser Zweifel. Praktisch wird man sich zu merken haben, dass ½ g Chin. bimuriat. klinisch ebenso wirksam ist als 1 g Chinin. sulf.

Dr. Marx hat das Chinin als Wundheilmittel empfohlen und stützt diese Empfehlung durch neue Versuche und Beobachtungen. Das salzsaure Chinin wirkt stark antiseptisch; es ist pathogenen Keimen gegenüber stärker als Karbolsäure und Formaldehyd und steht in der Mitte zwischen dieser und dem Sublimat. Seine Einwirkung auf Bakterien äussert sich sehr bald durch Aufhebung aller aktiven Bewegungen und Eintreten einer starken Agglutination. Das salzsaure Chinin ist ein vortreffliches Mittel zur Stillung parenchymatöser Blutungen. Tampons, mit einer 1%igen Lösung

Chinini hydrochlor.	5,0
Spir. rect.	15,0
Aqu. ad	500,0

getränkt, eignen sich daher bestens für frische Wunden. Die Blutung hört auf, die Wunde wird trocken und bedeckt sich mit einer dünnen Schicht geronnenen Sekretes, unter der sich gesunde Granulationen entwickeln. Gar zu stark darf die Einwirkung nicht sein. Unangenehme Erscheinungen hat Marx bei dieser Wundbehandlung niemals gesehen.

Prof. Dreser (Elberfeld) kommt bezüglich der Anforderungen an geschmacklose Chininderivate und bezüglich der pharmakologischen Prüfung derselben zu folgenden Schlussfolgerungen: 1. Die Wasserlöslichkeit muss so gering sein, dass sie unter der Empfindungsschwelle für Bitter liegt. Diese Forderung wird am vollkommensten vom Salochinin, nächst dem vom Euchinin und Aristochin (= Dichininkarbonat), keineswegs vom offizinellen Chinin. tannic. erfüllt. 2. Die Resorption des Chininpräparates im Magendarmkanal erfordert eine Lösung im saueren Magensaft. In dieser Hinsicht ist die Chininbase an erster Stelle. Setzt man die von dieser sich lösende Menge gleich 100%, so sind es für Euchinin 95%, Aristochin 88%, Salochinin 54%, Chinintannat nur ca. 10%. 3. Im Dünndarm soll von dem in der Magensalzsäure gelösten Chininpräparat nicht allzuviel gefällt werden. Diese Bedingungen erfüllen am besten Chinin, Euchinin und Aristochin, weniger Salochinin, am wenigsten Chinin. tannic. 4. Die nach der Harnausscheidung beurteilte therapeutische Wirksamkeit ist am besten bei salzsaurem Chinin, nächst diesem kommt Euchinin, Aristochin, etwas später Salochinin und die freie Chininbase, in letzter Reihe wieder das Chinin. tannic. Die Dosen aller geschmacklosen Chininpräparate sind darnach etwas höher als die des salzsauren Chinins zu nehmen. 5. Frei von Belästigung der Magen- und Darmschleimhaut ist das Aristochin und das Chinintannat. 6. Die Protozoen tötende Wirkung ist beim Salo- und Aristochinin auf gleiche Chininmengen berechnet, doppelt so intensiv wie beim Chinin. 7. Die allgemeine Giftigkeit des Chininmoleküls ist am ausgesprochensten in Form des Aristochins vermindert.

Nach Dr. Tauszks (Budapest) Erfahrungen ist das Salochinin ein wertvolles Antineuralgikum und mässiges Antipyretikum, welches im allgemeinen keine unangenehmen Nebenwirkungen besitzt und überall dort verabreicht werden kann, wo bisher die Chinin- oder Salicyl-Präparate verordnet wurden. Diese Wirkung entfaltet es bei der Tagesdose von 1—3 g rasch und zuverlässlich, weshalb es zu weiteren Versuchen geeignet erscheint.

Dr. v. Kolozsváry hat an Prof. Purjeszs Klinik in Kolozsvár das Salochinin in einer Reihe von Malariafällen in Anwendung gezogen und kann auf Grund seiner Erfahrungen die Urteile früherer Beobachter bestätigen, die sich dahin zusammenfassen lassen, dass sich das Salochinin als ein Specifikum gegen Malaria bewährt und vor dem Chinin zwei schätzenswerte Vorzüge hat, erstens die Geschmacklosigkeit, zweitens das Fehlen von Nebenwirkungen. Auch bei einigen Typhusfällen wurde das Mittel auf seinen therapeutischen Wert als Antipyretikum geprüft. In der Dosis von 1 bis 1,5 g verabreicht, wirkte das Salochinin anscheinend etwas schwächer, als das Chinin. sulfuricum, die antipyretische Wirkung war aber eine nachhaltigere, so dass die Temperatur häufig erst nach

Digitized by Google

3—4 Tagen wieder anstieg. Die letztere Tatsache muss sehr auffallend erscheinen und bedarf wohl noch der Nachprüfung.

Dr. Kipp empfiehlt das Chinosol in Lösungen von 1:100—1:1000 zu Einspritzungen in Furunkel, Karbunkel, Lupus, örtliche Tuberkulose, sowie bei septikämischen Zuständen verschiedener Art. Während die äussere Haut schon gegen Lösungen von 1:500 recht empfindlich ist, verträgt das Unterhautzellgewebe 1% Lösungen sehr gut und man kann ohne Bedenken 2—9,0 dieser 1% Lösung an einer Stelle auf einmal einspritzen. Kipp hat mehrfach nicht nur eine sehr günstige örtliche Wirkung, sondern auch eine überraschend gute Beeinflussung des Allgemeinbefindens beobachtet.

Über Chininpräparate von Dr. Martinet (Presse méd. Nr. 22. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 33). — Über Chinin von Dr. Brunton (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 33). — Die Bedeutung des Chinins für die Wundbehandlung von Dr. Marx (Münch. med. Wochenschr. Nr. 16. — Schm. Jahrb. 275. Bd. 7. H.) Über geschmackfreie Chininderivate von Prof. Dreser (Deutsche Ärzte-Ztg. Nr. 5. — Prag. med. Wochenschr. Nr. 27). — Über Salochinin von Dr. Tauszk (Klin.-ther. Wochenschr. Nr. 1). — Über die Wirkung eines neuen geschmacklosen Chininpräparates, des Salochinins auf die Malaria von Dr. v. Kolozsváry (Die Heilk. Nr. 9). — Anwendung des Chinosols von Dr. Kipp (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 27. — Schm. Jahrb. 274. Bd. 5. H.).

Chorea. Prof. Comby (Paris) behandelt die Chorea durch absolute Bettruhe (während 14 Tage), Milchdiät und feuchte Wicklungen, welche jeden Morgen ½—1 Stunde lang den kleinen Patienten appliziert werden. In mittelschweren und schweren Fällen gibt er noch Antipyrin (0,5 pro Tag und Lebensjahr) und Arsenik, anfangs in starken, aber sehr verdünnten Dosen. Comby hält Arsenik für erfolgbringender wie Antipyrin, bedient sich der Boudin'schen Lösung (1:1000) und gibt 10 g dieser Lösung in irgend einem wohlschmeckenden Getränke einem Kinde von acht Jahren, zweistündlich einen Esslöffel, etwas Milch nachzutrinken. Alle Tage wird die Menge dieser Lösung um 5 g bis auf 30 g vermehrt und dann allmählich wieder heruntergegangen. Bei schweren Fällen von Chorea ist ausserdem relative Isolierung der Kranken, kein gemeinsames Spiel, keine geistige Arbeit, also ebenso geistige wie körperliche Ruhe geboten.

Prof. Comby über die Behandlung der Chorea in der Société médicale des hôpitaux zu Paris (Münch. med. Wochenschr. Nr. 29).

Conjunctivitis. Dr. v. Sicherer (München) verwendet bei akuter und namentlich bei chronischer Conjunctivitis catarrhalis mit bestem Erfolge das Cuprol, eine organische Verbindung des Kupfers mit Nukleinsäure. Es wurde eine 10%ige Lösung täglich eingeträufelt, in hartnäckigen Fällen streut man das Cuprolpulver mit einem Pinsel in den Bindehautsack. Das Mittel verursacht entweder gar keine oder nur ganz minimale Schmerzen und reizt die Gewebe nur sehr wenig.

Cuprol, ein neues Mittel zur Behandlung der Bindehautentzündung von Dr. v. Sicherer (Ophth. Klin. 5. Jahrg. 23. H.).

Cretinismus. Dr. Scholz (Graz) hat bei der Behandlung des kindlichen Cretinismus mit Schilddrüsenpräparate nur ungünstige Erfolge gesehen. Ein Längenwachstum der Knochen trat nicht ein, es kam ohne eigentliche Vergiftungserscheinungen zu körperlicher Hinfälligkeit und Zunahme der Apathie, während gleichzeitig das Körperfett erheblich geringer wurde. Bei der Behandlung des Myxödems hat Scholz sowohl bei Erwachsenen wie bei Kindern Schilddrüsensubstanz ebenso wirksam befunden wie alle früheren Beobachter. Er zieht aus seinen Beobachtungen den Schluss, dass für den angeborenen Cretinismus andere Ursachen als für den erworbenen massgebend sein müssen.

Prof. Naunyn (Strassburg) betont die Wirksamkeit der Schilddrüsensubstanz bei sporadischem Cretinismus, die in auffälligem Gegensatz zur Wirkungslosigkeit bei endemischem steht. Er selbst beobachtet ein 13jähriges Kind, dass seit 10 Jahren ununterbrochen Schilddrüsensubstanz einnimmt und aus einem ausgesprochenen Cretin in normale Entwickelung übergegangen ist; mit Aussetzen der Schilddrüsensubstanz treten sofort krankhafte Erscheinungen auf.

Digitized by Google

Dr. Scholz und Prof. Naunyn über die Behandlung des Cretinismus mit Schilddrüsenpräparaten auf dem Kongresse für innere Medizin zu Wiesbaden (Ther. d. Gegenw. 6. H.).

Cystitis. Dr. Minet hat bei tuberkulöser Cystitis die Pyrogallussäure mit gutem Erfolge angewandt. Die Behandlung besteht in Instillationen von 2—4 ccm einer wässerigen Lösung, deren Konzentration von 1—4%, je nach der Schwere des Falles, variieren kann, im allgemeinen aber 2% beträgt; vor der Instillation muss der Urin mit dem Katheter entleert und eine vorsichtige Blasenspülung vorgenommen werden. Die Folgen der Instillationen sind Schmerzlinderung, ähnlich wie nach Guajakolöl, Verminderung des Harndranges und der Miktion; gleichzeitig verschwinden die Hämaturien, welche keineswegs die Pyrogallusbehandlung kontraindizieren. Immerhin handelt es sich auch hier nur um vorübergehende Besserung der lokalen Symptome, welche rascher und weniger reizend wie bei der Sublimatbehandlung eintritt, und die Allgemeinbehandlung muss wie bei jeder Art von Tuberkulose Platz greifen.

Dr. Götzl und Dr. Salus stellten im hygienischen Institute von Prof. Hueppe in Prag Versuche mit Urotropin an, die ergaben, dass dasselbe in Dosen von dreimal täglich 0,5 g ein gutes Harnantiseptikum sei. Jedoch sind in manchen Fällen die Dosen unzulängliche und wird durch die Urotropinmedikation die lokale Therapie bei chronischer Cystitis mit Harnretention keineswegs überflüssig.

Dr. Grünfeld (Wien) liess in einem Falle von starkem Blasenkatarrh und Prostatahypertrophie das Urotropin länger als ein Jahr nehmen, ohne dass sich eine nachteilige Wirkung zeigte. Der Erfolg der Urotropinbehandlung war der bekannte: Besserung der Erscheinungen von seiten der Blase und infolgedessen Besserung des Allgemeinbefindens und des Kräftezustandes. Die Urotropingabe konnte allmählich von anfänglich viermal täglich 0,5 g auf 0,5 g pro die reduziert werden. Bei Aussetzen des Mittels stellten sich bald wieder Harnbeschwerden ein, die jedoch durch einige Tagesdosen von 1,5 g in kurzer Zeit beseitigt werden konnten. Patient blieb dann bei einer Tagesdosis von 0,5 g.

Dr. Stockmann (Königsberg i. Pr.) hat mittelst Curettement der Harnblase einige Fälle von chronischer Cystitis mit gutem Erfolge behandelt. Die Indikation zu diesem Verfahren ist nach dem Verfasser dann vorhanden, wenn die Cystitis monate- und jahrelang angedauert hat, heftige Schmerzen verursacht, wenn jegliche innerliche und lokale Medikation resultatlos verlaufen ist, die überaus schmerzhaften Miktionen derart an Häufigkeit zugenommen haben, dass der Kranke weder tags noch nachts zur Ruhe kommt und demgemäss in seinem Allgemeinbefinden in hohem Grade Einbusse erlitten hat. Das Operationsverfahren ist folgendes: Man kann das Curettement ausführen beim Weibe von der Urethra, von der Scheide mittelst Anlegung einer Blasenscheidenfistel und per sectionem altam, beim Manne per sectionem perinealem und p. s. altam. Vorzuziehen ist in jedem Falle die Sectio alta, weil sie die weiteste Übersicht über das Blaseninnere gewährt. Das Curettement geschieht in der Längs- und Querrichtung mittelst scharfen Löffels oder Uteruscurette. Nach der Operation wird die Blase mit Argentum nitricum (1:500) ausgespült, ein Pezzerscher Verweilkatheter eingelegt die Blasenwunde offen gehalten und drainirt (die Blase wird vor dem Curettement am besten mit vier Nähten an die Bauchdecken angeheftet). Die Drainageröhren und der Katheter werden täglich durchgespült. Nach 8—14 Tagen wird der Verweilkatheter entfernt. Die Wunde schliesst sich schnell und nach ca. 3—5 Wochen ist Verheilung eingetreten.

Dr. Hock berichtet über einen einschlägigen Fall von Cystitis dolorosa wahrscheinlich gonorrhoica, in dem er Curettement der Blase mit bestem Erfolg vollführte.

Dr. Minet über Instillationen von Pyrogallussäure bei Affektionen der Harnwege in der Société medico-chirurgicale zu Paris (Münch. med. Wochenschr. Nr. 24). — Zur Wirkung des Urotropins von DDr. Götzl und Salus (Zeitschr. f. klin. Med. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 32).

Digitized by Google

— Ein kasuistischer Beitrag zur Urotropin-Therapie von Dr. Grünfeld (Ärztl. Zentral-Ztg. Nr. 40). — Über die Behandlung der chronischen Cystitis mittelst Curettement der Harnblase von Dr. Stockmann (Monatsber. d. Urol. 6. Bd. 4. H. — Ther. Monatsh. 7. H.). — Zur Frage des Curettements der Blase bei Cystitis dolorosa von Dr. Hock (Prag. med. Wochenschr. Nr. 42).

D.

Darmkrankheiten. Einen Beitrag zur Kenntnis der Darmfäulnis bei verschiedenen Diätformen unter physiologischen Verhältnissen liefert Dr. Backmann (Jakobstad, Finnland). Nach Autors Versuchen schienen Kohlehydrate keine wesentliche Einwirkung auf die Darmfäulnis zu haben, wohl aber Fett. Zwischen vegetabilischem und animalischem Eiweiss konnte kein Unterschied festgestellt werden. Bei ausschliesslicher oder überwiegender Milchdiät ist die Eiweissfäulnis eine relativ geringe. Sie hängt im wesentlichen von der Grösse der Eiweisszufuhr ab, ohne dass sich aber bestimmte proportionale Verhältnisse nachweisen lassen. Eine Diätform, die die Aufgabe erfüllen sollte, die Darmfäulnis zu beschränken, wäre also Milchdiät oder eine Diät mit geringer Eiweiss- und Fettmenge und zum Kalorienbedarf ausreichendem Kohlehydratgehalt.

Für die Diätotherapie bei Reizzuständen des Darmes stellt Prof. Schmidt (Dresden) als obersten Grundsatz auf, dass alle Nahrungsmittel in feinster Verteilung gereicht werden mögen. Man soll deshalb auch mit unlöslichen Arzneimitteln vorsichtig sein und z. B. statt des Tannalbin oder Tannigen lieber Milchsomatose (Somatose aus Milcheiweiss mit 5% chemisch gebundenem Tannin) geben. Das Prinzip der Schonung muss auch beim erkrankten Darm stets im Vordergrunde stehen, und die Nahrungsmittel, welche bei genügendem Nährwert die geringste chemische Verdauungsarbeit beanspruchen, sind unbedingt zu bevorzugen. Hierzu gehört in erster Linie die Milch, welche, wo sie Reizwirkung verursacht, durch Zusätze von Kognak, Kakao, Reis, Gerstenschleim, Stärke, durch Kochen, durch Trinken in kleinen Portionen u. s. w. in eine Diätform gebracht werden kann, die vertragen wird. An einer etwaigen Reizwirkung der Milch können immer nur deren Zersetzungsprodukte schuld sein. Dies lässt sich ausschalten durch Kochen der Milch mit geringen Mengen reiner Salicylsäure (0,25—0,5 g auf die Tagesportion von $1^1/_2$—2 Litern). Für die Technik ist es wichtig zu wissen, dass man die abgewogene Salicylsäuremenge, die man in Pulver verschreiben kann, zuerst mit etwas kalter Milch gründlich verrühren lassen muss, damit sie nicht zu Klumpen zusammenballt. Man giesst dann die Probe in das vorher abgemessene Tagesquantum, rührt gut um und kocht einmal auf. Gerinnung der Milch tritt erst bei einem Gehalt von über 0,25 g auf einen Liter ein. Mit dieser Salicylsäuremilch hat Verfasser in der Diätotherapie der Magen- und Darmkranken sehr gute Erfolg gehabt. Sie wird nur im Anfange der Kur gegeben und bald durch gewöhnliche Milch ersetzt. In den meisten Fällen von Darmkrankheiten ist die Darreichung von Fett, vor allem Butter, in grossen Dosen sehr nützlich. Sie wirkt stuhlgangbefördernd und wird oft überraschend gut vertragen. Es gibt ausserdem Fälle von chronischen Darmreizungen, welche ohne anatomische Läsionen der Darmschleimhaut gewissermassen mehr funktioneller Natur sind, also eine Art nervöser Diarrhoe oder Dyspepsie darstellen. In solchen wirkt nicht selten ein plötzlicher Diätwechsel merkwürdig günstig ein, was wohl dadurch, dass die Flora des Darminhalts unter solchem Einfluss längere Zeit braucht, bis sie sich dem neuen Nährboden angepasst hat, seine wissenschaftliche Erklärung findet; denn während dieser Pause fallen die Reize der Zersetzungsprodukte fort, und das ist von grossem Vorteil.

Prof. Faber (Kopenhagen) versteht unter Darmdyspepsie einen Symptomenkomplex, dessen Ursache in den

Digitized by Google

krankhaften Verhältnissen des Darmkanals selbst, und nicht des Magens liegt. Die mit diesem Leiden behafteten Patienten hatten in allen Fällen kürzer oder länger an Obstipation gelitten, die sie entweder ganz vernachlässigt oder mit den verschiedensten Laxantien behandelt hatten. Nachdem die Obstipation eine gewisse Zeit beschwerdelos bestanden, stellten sich allmählich die dyspeptischen Symptome ein, diese waren in allen Fällen deutlich ausgesprochen und bestanden in Kardialgie, Aufstossen, Anorexie, Übelkeit und Erbrechen, gleichzeitig litten die Patienten auch an schweren nervösen Symptomen, Kopfschmerzen, Depression, Schlaflosigkeit, Arbeitsunlust und Schwindel. Die häufigste Beobachtung ist wohl die normaler Sekretionsverhältnisse des Magens, doch trifft man nicht selten auch Patienten mit Darmdyspepsie und von der Norm abweichender Magenfunktion, nämlich mit bestehender Hyperacidität. Von Bedeutung für Fabers Auffasung der Dyspepsie als direkte Folge der Darmstörung ist es, dass genau dieselben Symptome auch unter Verhältnissen entstehen, wo wir bestimmt wissen, dass die Ursache der Krankheit im Darm zu suchen; dies ist der Fall bei denjenigen Patienten, die an Tänien leiden. Bei der Behandlung der Darmdyspepsie ist das Hauptaugenmerk auf die Heilung des Darmleidens zu richten; meist wird dies ja wohl gleichbedeutend sein mit der Beseitigung der Ursache des ganzen Krankheitsbildes der Obstipation, häufig jedoch erfordert eben die vorhandene Dyspepsie verschiedene Rücksichten und macht dann eine Modifikation der Antiobstipationsdiät notwendig.

Über chronische dyspeptische Diarrhöen und deren Behandlung berichtet Dr. Schütz (Wiesbaden). Bei den Kranken lag primäre Herabsetzung der Magenverdauung vor, die zunächst durch den Dünndarm kompensiert wurde, allmählich stellte sich Insufficienz der Dünndarmverdauung ein, infolge dessen Diarrhöen und schliesslich Darmkatarrh auftreten. Die Behandlung bestand in Ausspülung des Magens und des Dickdarmes. Betreffs der Diät beschränkt man möglichst die Fleischnahrung und gibt hauptsächlich feine Mehle in Form von Schleimsuppen, Breien, Grütze, Kartoffelbrei, gekochten Mehlspeisen, Aufläufen, Zwiebacks. In schweren Fällen wird Fleisch überhaupt ausgesetzt, man gibt Eier meist in erheblicher Zahl, ebenso Eiweisspräparate, wie Plasmon und Beeftea. In leichteren Fällen wird von vornherein weisses Fleisch gegeben. Milch wird, solange Neigung zu Diarrhöen besteht, meist schlecht vertragen. Gemüse, auch die feineren, keinesfalls, solange Durchfälle bestehen, bei schwerem Darmkatarrh vermeidet man sie auch nachher am besten noch längere Zeit. Sehr günstig wirkt körperliche und geistige Ruhe. Auch feuchtwarme Umschläge täglich ein- bis mehreremal vor den Mahlzeiten, warmer Wiesbadener Kochbrunnen und nach den Fleischmahlzeiten etwas Acid. hydrochlor. dilut. Die Erfolge waren auch bei den ambulant behandelten zum Teil sehr gute.

Die Behandlung der chronischen Diarrhöe mit hohen Dosen von Salzsäure empfiehlt Dr. Soupault. Bei den Fällen, wo Soupault dieses Mittel mit grossem Erfolg anwandte, handelte es sich um idiopathische chronische Diarrhoe ohne jede bedeutendere anatomische Veränderung des Darmes und ohne lokale oder allgemeine Infektion oder Intoxikation. Die betreffenden Patienten haben nur stets sehr dünnflüssigen Stuhl, manchmal monate- und jahrelang hindurch, manchmal wieder von normalem Stuhl oder Obstipation unterbrochen; stets ist eine sehr grosse Empfänglichkeit des Darmes, eine bedauernswerte Neigung zu Diarrhoeanfällen unter irgend einer Emotion, Ermüdung, Erkältung vorhanden. Der Allgemeinzustand ist meist ein guter. Einer der pathogenetischen Faktoren scheint häufig Hypoacidität zu sein, wenn auch in manchen Fällen normale Salzsäureausscheidung und sogar Hyperacidität vorhanden ist. Die Salzsäure in grossen Dosen, 1—2 g pro Tag bringt schon in zwei bis acht Tagen Besserung und baldige Heilung. Auch mit anderen Mitteln, welche sauere Substanzen enthalten, wie Milchsäure, Kefir, Gasterin (Hundemagensaft), beobachtete Soupault ähnliche gute Erfolge bei dieser Form der chronischen Diarrhoe.

Dr. Gollois empfiehlt in Fällen von

Digitized by Google

chronischer Diarrhöe Hypopeptischer eine dreiwöchentliche Kefirkur, dann erst soll gewöhnliche Kost erlaubt werden. Bei Hypopepsie, wenn die Periode der chronischen Diarrhöe aufgehört, lässt Gollois einen Kaffeelöffel einer 4%igen Chlorcalciumlösung einem Glas Wasser zusetzen. Man soll hauptsächlich die Magendyspepsie behandeln. Antidiarrhoika nützen wenig und nur im Anfang.

Die Behandlung der chronischen Diarrhöe soll sich nach Dr. Rosenfeld auf den Grundsatz stützen, den Darm zunächst durch eine jede Reizung vermeidende Kost zu beruhigen. Unter reizenden Speisen versteht Rosenfeld, abgesehen von den grünen Gemüsen, Obstarten, Bieren, Fruchtsäften und allen sehr kalten Gerichten, Fleisch, Butter und Milch. Von den drei Hauptschädlingen is das schlimmste die Milch. Fett, insbesondere Butter, und zwar noch mehr die rohe als die gekochte, erhöht die Reizbarkeit des Darmes, und ebenso, wenn auch am wenigsten, das Fleisch. Hühner- und Taubenfleisch reizen am wenigsten, dann kommt Kalbfleisch und Rindfleisch. Eine eigentümliche Stellung nimmt das Schweinefleisch deshalb ein, weil gekochter Schinken meistens, aber nicht ausnahmslos gut vertragen wird. Weichgekochte Eier, welche mit Salz genossen oder in Bouillon verquirlt werden, haben etwa das Schicksal des Schinkens; es gibt aber doch einige Menschen, welche auf Eier schlecht reagieren. Die Substanzen, welche nun die Antidiarrhöekost strengster Observanz konstituieren, entstammen dem Pflanzenreiche: Reis, Haferschleim, Gries, Sago, Graupe, Kakao, Zucker, Schokolade, Tee, Weissbrot oder Zwieback, Kakes. Von tierischen Stoffen kann nur die Fleischbrühe in Frage kommen; merkwürdigerweise steht die Hammelbouillon im Rufe, stopfend zu wirken. Der Speisezettel eines Darmkranken ist demnach während der strengen Periode ein recht eintöniger; die Kost gestaltet sich etwa folgendermassen: Frühatück: Tee mit Zucker oder Wasserkakao, Wasserschokolade, Zwieback. Zweites Frühstück: Bouillon, Zwieback. Mittagessen: Bouillon mit Graupe, Reis (in Wasser gekocht) mit Zimmt und Zucker, Zwieback. Schokolade, Kakes. Nachmittags wie morgens, abends Haferschleim in Brühe gekocht, Reis. Als Getränk ist nur gekochtes Wasser, Reiswasser oder Tee, warm oder erkaltet, mit und ohne Zucker zugelassen. Auf diese Weise gelingt es, dem Patienten eine immerhin ausreichende Nahrungsmenge zuzuführen, denn 100 g Reis, 200 g Schokolade und 300 g Zwieback haben zusammen einen Nährwert von 2160 Kal. Nur die grosse Eintönigkeit der Kost, die sich kaum vermeiden lässt, ist sehr peinigend. Wenn die Diarrhöe aufgehört hat, und man zwei Tage lang tadelloses Verhalten an Darm und Stuhl erzielt hat, kann man zur zweiten Stufe übergehen, indem man zur strengen Kost in der Brühe gekochtes Huhn oder eine Taube gestattet. Wird diese Zulage gut vertragen, so kann man das Huhn oder die Taube gedünstet verabreichen. Eine weitere Stufe gestattet das Geflügel in Butter gebraten, dazu eine Zulage an Reis. Wird die gebratene Butter reizlos vertragen, so geht man zur rohen Butter über. Besonders vorsichtig muss man mit der erst dann stattfindenden Darreichung von Milch sein, die anfänglich esslöffelweise gegeben wird, bis man es dazu gebracht hat, dass der Patient ohne Reaktion die Milch literweise verträgt. Ist dieses Resultat erreicht, so kann der Patient alle Speisen vertragen, vorausgesetzt, dass dem Darme nicht exorbitante Anforderungen gestellt werden. Die Kur ist schwer, aber sie ist oft erfolgreich. In unkomplizierten Fällen will Rosenfeld noch keinen Misserfolg erlebt haben.

Die wesentlichsten Symptome der als Obstipatio spastica bezeichneten Darmneurose sind nach Dr. v. Sohlern (Kissingen) die Verstopfung und die Spasmen, die subjektiv als stechende oder zusammenziehende Schmerzen empfunden werden und objektiv durch die Palpation nachweisbar sind, indem man die in die Kontraktion befindlichen Darmteile als versteift und strangartig durchfühlt. Der Kot selbst ist nie normal, stets wasserarm, pechartig zähe oder auffallend hart und immer kleinkalibrig. Bleistiftartige, kleinfingerstarke Kotfragmente sieht man zwar auch bei anderen Affektionen zu-

Digitized by Google

weilen, sie pflegen aber bei der Obstipatio spastica die Regel zu bilden. Alle übrigen Symptome, wie Unbehagen im Unterleib und vorzugsweise um den Nabel herum, Kollern, Gurren, Hyperästhesie der Bauchdecken etc. sind nicht pathognomonisch, sondern nur Erscheinungen des Grundleidens, der bestehenden Neurasthenie oder Hysterie. Die Erkennung des Krankheitsbildes ist um so wichtiger, als die Therapie dieser Affektion von der sonstigen Behandlung chronischer Obstipationsformen grundverschieden ist. Bei der Obstipatio spastica muss man den Kranken in erster Linie Ruhe verordnen, am besten Bettruhe, da die Bettwärme an und für sich schon auf den gereizten Darm eine beruhigende Wirkung ausübt. Alle den Darm anregenden oder gar reizenden Massnahmen sind zu unterlassen; die Kost sei nahrhaft, aber reizlos und weich, unter reichlicher Flüssigkeitszufuhr. Als weiteres Beruhigungsmittel empfiehlt sich die kontinuierliche Wärmeapplikation ad abdomen während des Tages und Priessnitzumschläge während der Nacht. In medikamentöser Hinsicht ist Bromkalium indiziert, gegen die Spasmem selbst Tinctura belladonnae, oder auch wohl kleine Ölklystiere mit Chloralhydrat. Behufs reizloser Stuhlentleerung lässt man, wenn nötig, vormittags einen Einlauf von lauwarmer physiologischer Kochsalzlösung machen. Geht die Entleerung nach einer genügender Ruhekur schmerzlos vor sich, so geht man vorsichtig zu einer pflanzenreichen Kost und allmählich zur gewöhnlichen Lebensweise über.

Dr. Singer (Wien) unterscheidet eine symptomatische und eine idiopathische Form der spastischen Obstipation. Erstere kommt bei Frauen mit Genitalerkrankungen vor, bei Männern infolge von Prostataaffektionen, Mastdarmaffektionen, Analfissuren, Hämorrhoiden und bei Nierensteinkoliken. Die zweite Form kommt nur bei Neurasthenikern vor. Therapie: Narkotika, am besten Belladonna in Suppositorien, warme Sitzbäder und Umschläge, auch warme Ölklystiere. Massage und Abführmittel sind zu verwerfen.

Dr. Hoffmann (Dresden) behauptet, dass die Atmungsgymnastik, tiefes Ein- und Ausatmen, von besonders günstiger Wirkung bei habitueller Verstopfung sei.

Dr. Salomon (Frankfurt a. M.) hat bei einfachen Darmkatarrhen die Fettresorption in der Regel nur wenig gestört gefunden. Es gibt aber bei sonst gesunden Menschen Zustände, in denen eine eigenartige Störung der Fettresorption ohne Ikterus und ohne Diabetes besteht. Die Zufuhr von Pankreasdrüse und Pankreon blieb durchaus ohne die schlagende Wirkung, wie sie Salomon bei der Steatorrhoe pankreatogener Natur beobachtet hat. Die Therapie, welche die subjektiven Beschwerden der Kranken zum Verschwinden brachte, bestand in der Darreichung fettarmer Diät. Salomon empfiehlt die Anwendung wirksamer Pankreaspräparate zur Diagnose, ob eine bestehende Steatorrhoe durch eine Anomalie der Pankreassekretion (Nutzen der Pankreaspräparate) bedingt ist.

Bei der Besprechung der Diät bei der Dysenterie hebt Dr. Hare hervor, dass es nicht zweckmässig ist, viel Milch zu geben, dass diese im Darmkanal einen guten Boden für die Entwickelung der Mikroorganismen abgeben könne. Man müsse die Milch besser mit Vichywasser oder Leimwasser versetzt oder auch peptonisiert verabfolgen, damit sie möglichst rasch resorbiert wird. In der internen Behandlung der Dysenterie unterscheidet Hare drei Methoden: die Behandlung mit Ipecacuanha, mit salinischen Abführmitteln und mit innerlichen antiseptischen Mitteln. Die Wirksamkeit der Ipecacuanha stellt er zwar nicht in Abrede, erinnert jedoch, dass diese mehr empirisch als theoretisch feststeht; die Droge scheint durch Anregung der Lebertätigkeit zu wirken. Mehr Wert legt Hare auf die Abführmittel, besonders das Glaubersalz, umsomehr als dadurch auch die alkalische Reaktion des Darminhalts, die für die Entwickelung der Bakterien günstig ist, herabgesetzt wird. Die Desinfektion des Darms mittelst Bismutum salicylicum, Benzonaphthol oder Salol hält Hare für wenig wirksam; der Hauptwert dieser Mittel scheint gleichfalls in ihrer Wirkung auf die Leber zu bestehen. An äusseren Mitteln kommen Darmausspü-

Digitized by Google

lungen mit antiseptischen oder adstringierenden Lösungen, auch mit kaltem Wasser und besonders mit Salzwasser in Betracht und haben sich unter Umständen gut bewährt.

Dr. Strassburger teilt aus der Klinik des Prof. Schultze in Bonn, zwei Fälle von tropischer Ruhr mit, in denen mit der Radix Ipecacuanhae Heilung erzielt wurde.

Die Darmwirkung des Atropins mit Rücksicht auf dessen Anwendung beim Ileus erklärt Prof. Pál (Wien) in folgender Weise. Aus seinen experimentellen Untersuchungen geht hervor, dass das Atropin die Nervenendapparate des Vagus und Splanchnicus, sowie der Vasomotoren schädigt, unter Umständen auch völlig lähmt. Frei bleiben dabei die Muskeln der Darmwand, sowie erregbar die Ganglienapparate der Pendelbewegung und Peristaltik. Der Tonus der Darmwand wird herabgesetzt und der Darm reflektorischen Reizen weniger zugänglich. Auf diese Weise werden günstigere Verhältnisse für die Darmbewegung geschaffen. Die Indikationen der Atropinanwendung bilden der dynamische und paralytische Ileus, unter Umständen ist aber ein Erfolg auch bei der Inkarceration möglich, so lange die Zirkulation in der eingeklemmten Schlinge erhalten ist. Die Gefahren der Atropinanwendung sind nebst der Giftwirkung die Trübung des Krankheitsbildes.

Dr. Djatschenko (St. Petersburg) erörtert diejenigen Momente, welche eine erfolgreiche Anwendung des Atropins bei Darmimpermeabilität in Aussicht stellen. Bei Ileussusceptionen wäre seiner Meinung nach Opium vorzuziehen, welches die Peristaltik herabsetzt. Bei Torsion tritt eine Reposition selten auf, und infolgedessen wäre die Anwendung des Atropins hier gewagt. Bei inneren Hernien kann neben den sonstigen Massnahmen, wie Magenausspülung. Einblasung von Luft und Punktion des Dünndarms mittelst Troikarts, auch das Atropin angewendet werden. Aber diese Massregeln sind unzuverlässig, und bei eintretendem Kräfteverfall ist zur Operation zu greifen. Die Anwendung des Atropins bei Torsion und Inkarceration kann in der Beziehung von Nutzen sein, dass das Mittel einen günstigen Einfluss auf die Blutzirkulation im Darm hat und letzteren vor Nekrose schützt. Bei mechanischer Verstopfung des Darmes ist neben Eingiessungen, Massage und Elektrizität auch Atropin in kleinen, die Peristaltik steigernden Mengen indiziert. Bei dynamischer Impermeabilität wurde das Atropin von Batsch mit Erfolg angewendet. Bei paralytischer Impermeabilität ist, wenn man nur mit paretischem Zustand des Darmes infolge hemmenden Einflusses des N. splanchnicus zu tun hat, die Entfernung dieses Hemmnisses durch Atropin nützlich. Bei vollständiger Lähmung des Muskels wird natürlich eine Wirkung nicht eintreten. Schliesslich ist die Anwendung des Atropins sehr nützlich bei reflektorischen Krämpfen des Darmes. Zweckmässig ist nach Ansicht Djatschenkos, Atropin bei Appendicitis anzuwenden, da mit dessen Hilfe einerseits die Retention des Darminhaltes durch das Hemmnis von seiten des N. splanchnicus und andererseits die unnütze Peristaltik beseitigt werden können.

Dr. Ostermeier berichtet von der auffallend günstigen Wirkung, die es durch Atropin in Fällen von mechanischem Ileus sowie von Darmfunktionsstörungen beobachtet hat. Es handelt sich um sechs Kranke, durchweg in höherem Alter, die an den Erscheinungen eingeklemmter Hernien litten und bei denen kurze Frist nach Atropininjektionen spontane Reposition erfolgte.

Der Effekt der Belladonnapräparate bei Ileus ist nach Dr. Honigmann (Wiesbaden) im wesentlichen ein sedativer, wie beim Opium. Ob sie unter Umständen fähig sind, die Darmbewegung anzuregen, ist bisher durch die klinische Beobachtung nicht mit Sicherheit festgestellt. Die beruhigende Wirkung des Atropins tritt bei subkutaner Anwendung oft schon nach geringeren Dosen (1/2 bis 1 oder höchstens 2 mg) ein, manchmal allerdings erst nach wiederholten und grösseren Gaben. Die von Batsch vorgeschlagene Einzeldosis von 5 mg darf niemals von Anfang an angewendet werden. Vielmehr empfiehlt es sich, stets mit kleineren Dosen (1/2 bis 1 mg) zu be-

Digitized by Google

ginnen, um zunächst die individuelle Empfänglichkeit des Patienten festzustellen. Bei Anwendung der Belladonnapräparate, besonders des Atropins, und zumal bei Überschreitung der Maximaldosis, treten in der Mehrzahl der Fälle Vergiftungserscheinungen von verschiedener Intensität auf. Ältere Leute (über 50 Jahre) zeigen erheblich öfter — selbst bei mässigen Dosen — toxische Wirkungen als jüngere Individuen bei grösseren Dosen. Daher ist bei Patienten in höherem Alter besondere Vorsicht in der Anwendung und Dosierung des Atropins geboten. Das Atropin hat vor dem Opium nach den bisherigen Erfahrungen keinen prinzipiellen Vorzug, dagegen den Nachteil, unabhängig von der Dosierung öfters und leichter toxische Nebenwirkungen zu entfalten, die sogar verhängnisvoll werden können. Man wird das Atropin daher nur anwenden, wo Opium versagt hat. Wenn sich die Atropinwirkung auf Lösung des Ileus (Eintritt von Flatus und Stuhl) nicht innerhalb der ersten zwei Tage geltend macht, so darf man sich durch die seiner Anwendung folgende Euphorie nie verleiten lassen, einen notwendigen chirurgischen Eingriff zu verzögern. Nur wo ein solcher abgelehnt wird, oder aus dringenden Gegenanzeigen untunlich ist, mag man auch weiterhin die Atropinbehandlung fortsetzen.

Bei der Behandlung des Ileus empfiehlt Dr. Chassel (Wien) die Darmpunktion bei hochgradigen Meteorismus, und zwar einmal als temporär wirkendes Mittel, falls man nicht in der Lage ist, sofort zu einem radikalen Eingriff zu schreiten. In seltenen Fällen kann aber die Darmpunktion in Verbindung mit anderen Massnahmen auch zur Heilung führen. Bezüglich der Technik der Darmpunktion bemerkt Verfasser folgendes: Womöglich führe man dieselbe in der Linea alba, sonst an einer anderen nicht zu abhängigen Stelle aus, an der man sicher keine grösseren Gefässe verletzen kann. Selbstverständlich muss an der betreffenden Stelle tympanitischer Schall vorhanden sein. Die feine Kanüle wird zunächst ohne Verbindung mit der Spritze senkrecht eingestochen, bis Gas unter einem leicht zischenden Geräusch austritt. Manchmal verstopft sich die Kanüle während der Einführung durch Gewebsstücke, die sie auf dem Wege in das Darmlumen aufgenommen hat oder durch ein Partikelchen des flüssigen Darminhalts; das letztere geschieht auch häufig später während des Durchgehens der Gase. In diesem Falle aspiriert man die steckengebliebenen Teile mit der angesetzten Spritze. Lässt die Spannung des Leibes nach, so entwickelt das ausströmende Gas kein hörbares Geräusch mehr, man kontrolliert dann das Funktionieren der Kanüle durch eine vorgehaltene kleine Flamme. In der Regel ist das ausströmende Gas durch seinen penetranten Geruch bemerkbar. Die Kanüle bleibt ¼—½—1 Stunde lang liegen, so lange das Gas ausströmt, dann wird sie mit einem Ruck entfernt. Die Punktion kann, wenn der Meteorismus wiederkehrt, selbstverständlich an derselben, besser jedoch an einer anderen Stelle wiederholt werden.

Dr. Monrad teilt fünf Krankengeschichten mit, in denen die an Atrophie und chronischem Darmkatarrh leidenden Säuglinge, welche bei Ernährung mit den verschiedensten Präparaten, insbesondere sterilisierter Milch, Gewichtsstillstand auf einer dem frühesten Alter entsprechenden Stufe zeigten, bei Verabreichung roher Milch jedoch ein plötzliches und dauerndes Ansteigen der Gewichtskurve und andere deutliche Anzeichen ihres gebesserten Gedeihens erkennen liessen. Zur Erklärung der Beobachtung möchte Verfasser der Möglichkeit Ausdruck geben, dass vielleicht doch beim Sterilisierungsprozess Störungen in den chemischen Bestandteilen der Milch vor sich gehen, die den Nährwert derselben verringern. Durch die lange Zeit währende Siedetemperatur können weiters neben den pathogenen die saprophytischen Mikroorganismen der Milch zerstört werden, von denen einige einen Einfluss auf die Verdaulichkeit der Milch ausüben, wie die proteolytischen Bakterien, milchsäuregärende Mikroben, eventuell auch nützliche Kolistämme. Was die Indikationen für die Verabfolgung roher Milch betrifft, soll dieselbe ja nicht mit der sterilisierten konkurrieren. Die sterilisierte Milch hat so wertvolle Resultate ge-

Digitized by Google

liefert, dass nur bei Fehlschlagen des unter allen möglichen Kautelen und üblichen Variationen angewendeten Soxhlet-Verfahren die rohe Milch versucht werden soll. Sie wird oft gut wirken bei chronischem Magen-, Darmkatarrh, besonders mit gastrischen Symptomen. Eine andere Indikation ist die Atrophia infantilis, wenn weder sterilisierte, noch einfach gekochte Milch eine Besserung hervorruft. In Verwendung kommen soll Kuhmilch von gesundem Viehstand, die vom Melken bis zum Gebrauche bei niederer Temperatur (unter 5° C.) ruhig steht; Sammelmich ist der von einer Kuh vorzuziehen. Peinliche Reinlichkeit, sofortiges Verdünnen und Aufteilen auf die Einzelrationen, Verschliessen der Flaschen mit steriler Watte bis zum Gebrauche ist genau zu beachten.

An der Breslauer Kinderklinik wurden wie Prof. Czerny mitteilt, ebenfalls Versuche mit roher Milch bei atrophischen Kindern angestellt. Die rohe Milch hatte vor der gekochten keine Vorzüge, im Gegenteile entschiedene Nachteile, z. B. eine lästige Verstopfung.

Dr. Fornari berichtet über gute Erfahrungen mit der therapeutischen Anwendung von Milchzucker bei Darmerkrankungen der Kinder. Er stützt sich auf die schon bekannte Wirkung des Milchzuckers als Purgans und als Desinficiens auf Grund der daraus im Darme entstehenden Milchsäure. Besonders dort, wo eine Diät hydrique angezeigt ist, verwendet er eine Lösung von 50 g Milchzucker auf 300 g warmes Wasser und gibt noch an den darauffolgenden 2—3 Tagen 15 g auf eine halbe Tasse. Selbst schwere, lang bestehende Diarrhöen weichen auf die Darreichung dieser einfachen Milchzuckerwasserdiät während nur weniger Tage.

In 100 Fällen hat Dr. Norgren das Protargol gegen Diarrhöe bei kleinen Kindern vom frühesten Alter an bis zum Alter von 1 Jahre angewendet. Er benutzte die wässerige Lösung, die er in der Regel teelöffelweise fünfmal täglich gab. Bei ganz kleinen Kindern hat er 0,15 g Protargol in 150 g Wasser gegeben, mit zunehmendem Alter wurde die Gabe vermehrt, so dass Kinder von 11—12 Monaten 0,60 : 150 bekamen, manchmal mit Zusatz von Vinum glyc. theb., in der Gabe dem Alter der Patienten angemessen, wenn Kolikschmerzen vorhanden und die Kinder sehr unruhig waren; Norgren hat aber den Eindruck erhalten, als wenn dieser Zusatz die Wirkung des Mittels nicht verstärkt hätte, weil er die Heilung nicht beschleunigte. Widerwillen gegen das Mittel zeigte sich nicht, auch üble Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet. Von den 100 mit Protargol behandelnden Kindern starben acht, in acht anderen Fällen hatte die Behandlung keinen Erfolg und es wurde durch andere Mittel Genesung erzielt.

Ein Beitrag zur Kenntnis der Darmfaulnis bei verschiedenen Diätformen unter physiologischen Verhältnissen von Dr. Backmann (Zeitschr. f. klin. Med. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 6). — Beiträge zur Diätotherapie bei Magen- und Darmkrankheiten von Prof. Schmidt (Münch. med. Wochenschr. Nr. 6 u. 7. — Ärztl. Praxis Nr. 12). — Über Darmdyspepsie von Prof. Faber (Arch. f. Verd. 8. Bd.). — Über chronische dyspeptische Diarrhöen und ihre Behandlung von Dr. Schütz (Volkm. Samml. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 2. H.). — Die Behandlung der chronischen Diarrhöe mit hohen Dosen von Salzsäure von Dr. Soupault (Münch. med. Wochenschr. Nr. 18). — Chronische Diarrhöe der Hypopeptischen von Dr. Gallois (Med. Blätter Nr. 22). — Die Diät bei chronischer Diarrhöe von Dr. Rosenfeld (Deutsche Ärzte-Ztg. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 7. H.). — Zur Obstipatio spastica von Dr. v. Sohlern (Berl. klin. Wochenschr. — Medico Nr. 41). — Dr. Singer über spastische Obstipation in der Gesellschaft für innere Medizin zu Wien (Med. Woche Nr. 47). — Über Atmungsgymnastik und ihre Verwertung von Dr. Hoffmann (Ther. Monatsh. 10. H.). — Dr. Salomon über Fettstühle auf dem Kongresse für innere Medizin zu Wiesbaden (Med. Blätter Nr. 30). — Die Behandlung der Dysenterie von Dr. Hare (Ther. Gaz. — Ther. Monatsh. 7. H.). — Beitrag zur Behandlung der Ruhr mit Radix Ipecacuanhae von Dr. Strassburger (Münch. med. Wochenschr. Nr. 36). — Prof. Pál über die Darmwirkung des Atropins mit Rücksicht auf dessen Anwendung beim Ileus in der Gesellschaft der Ärzte zu Wien (Med. Woche Nr. 48). — Dr. Djatschenko über Atropinbehandlung der Darmimpermeabilität in der Gesellschaft der russischen Ärzte zu St. Petersburg (Med. Woche Nr. 51). — Behandlung des Ileus mit Atropin von Dr. Ostermeier (Münch. med. Wochenschr. Nr. 36. — Ther. d. Gegenw. 11. H.). — Über die Behandlung des Ileus mit Belladonnapäparaten von Dr. Honigmann (Zentralbl. f. d. Grenzgeb. Nr. 9. — Med. Blätter Nr. 22). — Zur Behandlung des Ileus von Dr. Chassel (Wien med. Presse Nr. 11. — Zentralbl. f. Stoffw. u. Verd.-Kr. Nr. 5). — Über Benützung von roher Milch bei Atrophie und chronischem Darmkatarrh bei Säuglingen von Dr. Monrad (Jahrb. f. Kinderheilk. Nr. 1. — Zentralbl. f. d. ges. Th. 2. H.). — Rohe Milch als Säuglingsnahrung von Prof. Czerny

Digitized by Google

(Zentralbl. f. Stoffw. u. Verd.-Kr. Nr. 4. — Schm. Jahrb. 276. Bd. 10 H.). — Über den therapeutischen Wert des Milchzuckers bei den Diarrhöen und Gastroenteritiden der Säuglinge von Dr. Fornari (Ann. de méd et chir. inf. Nr. 13. — Zentralbl. f. d. ges Ther. 9. H.). — Protargol gegen Diarrhöe bei kleinen Kindern von Dr. Norgren (Eira Nr. 2. — Schm. Jahrb. 274. Bd. 5. H.).

Diabetes mellitus. Prof. Ribbert (Marburg) weist in seinem jüngst erschienenen ausgezeichneten Lehrbuche der speziellen Pathologie und pathologischen Anatomie darauf hin, dass die Ätiologie des Diabetes noch nicht völlig geklärt ist. Zerstörung des Pankreas kann Diabetes beim Menschen (in gleicher Weise wie beim Versuchstier) hervorrufen, aber es gibt andererseits Fälle von Diabetes, bei welchen nicht immer in die Augen fallende Pankreasaffektionen bestehen. Dies findet seinen Grund zum Teil allerdings in dem Umstande, dass die Pankreasveränderungen weniger hochgradig oder erst mikroskopisch nachweisbar sein können, zum Teil darin, dass es auch einen Diabetes auf anderer Grundlage gibt. Was die Pankreasveränderungen anlangt, so sind ganz besonders die Atrophie, ferner degenerative Veränderungen am Epithel zu nennen. In neuerer Zeit wurde die Aufmerksamkeit auf Erkrankungen der Langerhansschen Inseln gelenkt, denen man eine für die Zuckerverarbeitung notwendige innere Sekretion zuschrieb, ohne dies genügend begründen zu können; wenn dieselben erkranken, so würde der Zuckerstoffwechsel herabgesetzt werden. Ribbert hält es indessen für notwendig, diesbezüglich noch zuzuwarten; es müssten in dieser Frage noch weitere Grundlagen gewonnen werden, ehe man sichere Schlüsse ziehen kann.

Dr. Rosin und Dr. Laband nehmen auf Grund ihrer an Prof. Senators Klinik in Berlin vollführten Untersuchungen von diabetischen Harnen zwei Gruppen von Lävulosurie und Lävulosämie an, die eine betrifft die Fälle ohne bedeutende Glukoseausscheidung, die andere jene Fälle von Diabetes, bei welchen neben der Glukose Lävulose im Harn und Blut nachzuweisen ist. Autoren empfehlen die Anstellung der Seliwanoffschen Reaktion zur vorläufigen Orientierung bei allen Anomalien des Kohlehydratstoffwechsels.

Aus dem Vergleiche zwischen Nahrungszufuhr und Körpergewicht trachtete Dr. Schlesinger an 57 durch Monate und Jahre, teilweise an Prof. Nothnagels Klinik in Wien beobachteten Kranken die Frage zu beantworten, wie sich der Diabetiker zu dem von Rubner nach Kalorieen berechneten Nahrungsbedürfnisse des Gesunden verhält. Es ergab sich für den unkomplizierten Diabetes die Tatsache, dass der Diabetiker mit hoher Zuckerausscheidung ein auffallend geringes Nahrungsbedürfnis besitzt. Doch erscheint Diabetes nicht so selten mit anderen Stoffwechselanomalien verknüpft, denen allein eine pathologische Modifikation der Rubnerschen Ernährungsgesetze zukommt. Zum Teile handelt es sich um zufällige Komplikationen, zum anderen Teile um Zustände, die mit der Krankheitsursache direkt verbunden sind. In jedem Falle sind sie geeignet, das Nahrungsbedürfnis des Diabetikers nach verschiedenen Seiten abzuändern.

Es ist allgemein erwiesen, dass sich aus manchen Eiweisskörpern eine Kohlehydratgruppe abspalten lässt, aus anderen nicht. Dr. Bendix (Berlin) wollte prüfen, ob sich nach Darreichung eines zuckerreichen Eiweisses im Tierkörper viel Zucker nachweisen lässt, im Gegensatz zur Verfütterung von zuckerfreiem Eiweiss. Als zuckerreicher Eiweisskörper wurde Ovalbumin (krystallinisch), als zuckerfreies Kasein gewählt, auch Leim wurde geprüft, da das aus ihm reichlich gebildete Leucin zu den Glykogenbildnern gehören soll. In der ersten Versuchsreihe wurden die Hunde glykogenfrei gemacht, dann mit dem zu prüfenden Eiweiss gefüttert und der gebildete Zucker wurde vermittelst wiederholter Phlorrhizininjektionen in den Harn übergeführt. Das merkwürdige Ergebnis war, dass nach Ovalbumin nicht mehr, sondern eher weniger Zucker ausgeschieden wurde als nach Kasein, nach Leim noch etwas weniger. Die zweite Versuchsreihe bestand darin, nach Verfütterung des Eiweisses an sicher glykogenfreie Tiere den Glykogengehalt des Tieres zu bestimmen. Auch hier ergab sich, dass die kohlehydratfreien Eiweisskörper bes-

Digitized by Google

sere Glykogenbildner waren, als das Ovalbumin.

Prof. Naunyn (Strassburg) unterscheidet drei Formen des Diabetes: den Diabetes mellitus der jüngeren Leute; den Altersdiabetes, meist leichte Fälle; den organischen Diabetes im Anschluss an Nervenkrankheiten, an Leberleiden, an Pankreaserkrankungen. Letztere sind indessen beim Menschen nur selten als Ursache von Diabetes sichergestellt worden. Der experimentelle Phloridzindiabetes ist keine hyperglykämische Glykosurie. Die mit dem Diabetes zugleich vorkommende Albuminurie pflegt in den leichten Fällen der Ausdruck einer von demselben unabhängigen Nierenerkrankung zu sein; es ist eine nephritische Albuminurie, welche ihrerseits die Glykosurie ablösen kann, wenn die arteriosklerotische oder sonstige chronische Nephritis, die sich in ihr äussert, eine schwerere Gestalt annimmt, wobei die Albuminurie stärker wird, der Zucker aber aus dem Harn verschwindet. Bei den schweren Fällen von Diabetes darf allerdings die Albuminurie diesem selbst auf die Rechnung gesetzt werden; sie ist hier keine nephritische, sondern aufzufassen als die Folge der übermässigen funktionellen Reizung, welche die Niere bei der gesteigerten Harnausscheidung, vielleicht auch durch die abnormen Bestandteile des Harns, erleidet. Das Coma diabeticum ist ein Säurekoma, bedingt durch Übersäuerung des Blutes, welche durch die in grossen Mengen, bis 100 g und mehr in 24 Stunden gebildete und dem Blute übergebene Oxybuttersäure hervorgerufen wird. Die Bildung derselben ist die Folge des Darniederliegens der Oxydationskraft. Dadurch, dass aus anderen Gründen der Zucker nicht zur Oxydation kommt, wird zugleich die gesamte Oxydationskraft des Organismus vermindert. Der Zucker scheint unter allen Stoffen am leichtesten verbrannt zu werden, und an dem Feuer, das auf seine Kosten entflammt, kommen andere, weniger leicht oxydierbare Substanzen zur Verbrennung (sekundäre Oxydation). Durch die Insufficienz des Zuckerstoffwechsels, ebenso bei der völligen Entziehung der Kohlehydrate, werden also auch die sekundären Oxydationsprozesse beeinträchtigt. Die Zuckerausscheidung pflegt bei längerem Bestehen der Krankheit an Stärke zuzunehmen, indem die Toleranz für Kohlehydrate sich vermindert. Im aglykosurischen Zustand dagegen pflegt die Toleranz des Kranken zu wachsen, und es muss daher das Ziel der Diabetestherapie sein, den Kranken zuckerfrei zu machen und aglykosurisch zu halten. Dies muss aber durchaus auf dem Wege der diätetischen Behandlung geschehen; denn nur für die auf diese Weise, nicht etwa auch für die durch Medikamente erreichte Aglykosurie ist es festgestellt, dass sie die Toleranz des Diabetischen stärkt. Es ist infolgedessen für die Behandlung notwendig, dass der Kranke zunächst während einiger Tage die täglich eingenommene Nahrung quantitativ genau bestimmt. Hierbei findet schon unwillkürlich eine Nahrungsbeschränkung statt; dann werden Milch und Brot noch weiter, und zwar so weit eingeschränkt, als es nötig ist, dass der Zucker vollkommen verschwindet. Wenn dies Ziel auch bei völligem Ausschluss der Kohlehydrate nicht erreicht werden kann, so bleibt nur noch die Reduktion der Eiweissnahrung, welche ebenfalls als Zuckerbildner in Betracht kommt, übrig. Dabei ist eine vorübergehende Unterernährung nicht zu vermeiden, und es kann sogar eine 24stündige völlige Abstinenz notwendig sein. In den ganz schweren Fällen wird man trotz alledem nicht zum Resultat kommen; in den übrigen aber soll man die einmal erreichte Aglykosurie mindestens zwei Wochen lang aufrecht erhalten, ehe man an eine nennenswerte Zulage geht. Als Grundsatz ist festzuhalten, dass keinem Diabetischen irgend ein Nahrungsmittel absolut gestattet ist, alles muss ihm quantitativ bemessen werden. Die Menge der erlaubten Kohlehydrate bestimmt man am besten als Weizenbrot; das in anderer Form genossene Stärkemehl ist hiervon jedesmal in Abzug zu bringen. An Fleisch soll nicht mehr als 500 g, gekocht gewogen, gestattet werden. Die Fette und Fettspeisen bilden ein sehr wertvolles Nahrungsmittel. Neben der diätetischen Behandlung haben nur noch die Mineralwasserkuren einige Bedeutung. Ausser-

Digitized by Google

dem ist zu bedenken, dass fast jede Störung der Gesundheit die vorhandene Diabetesanlage steigern kann, und daher etwaige bestehende Syphilis, Malaria, Zirkulationsstörungen, Nervosität u. s. w. nach Möglichkeit zu bekämpfen ist.

Die Bestimmung der Toleranz für Kohlehydrate geschieht nach Dr. Marcuse (Mannheim) mittelst einer sogenannten „Probediät," die sich aus einem kohlehydratfreien Teil, der Hauptkost, und einen kohlehydrathaltigen Teil, der Nebenkost, zusammensetzt. Ein Schema einer solchen Probediät ist folgendes: 1. Frühstück: Hauptkost, 200 ccm Kaffee oder Tee mit 1—2 Esslöffel dicken Rahm, 100—150 g kaltes Fleisch (Schinken und dergl.), Butter. Nebenkost, 50 g Weissbrötchen. 2. Frühstück: Zwei Eier, dazu eine kleine Tasse Fleischbrühe oder ein Glas Rotwein. Mittagessen: Hauptkost, Fleischbrühe mit Ei, 200—250 g Fleisch (Suppenfleisch, Braten, Fisch, Wild oder Geflügel), Gemüse von Spinat, Wirsing, Blumenkohl oder Spargel (zur Zubereitung dürfen Fleischbrühe, Butter oder andere Fette, Eier, dicker saurer Rahm, aber kein Mehl, verwendet werden), ca. 20 Rahmkäse, reichlich Butter, als Getränk Rotwein oder Moselwein. Nebenkost, 50 g Weissbrötchen. Nachmittags: 1 Tasse schwarzer Kaffee oder Tee, nach Belieben, ein Ei. Abendessen: Beefsteak oder kalter Braten (ca. 150—200 g), grüner Salat mit Essig und Öl, als Beilage kann Rührei (ohne Mehl bereitet) oder Spiegelei genommen werden, Rot- oder Moselwein. Getränke: Am Tage kohlensaure Tafelwässer. Der Urin von 24 Stunden wird vollständig, Tag- und Nachtharn getrennt, aufgesammelt und auf Zucker quantitativ untersucht. Wird nun bei dieser Probediät mit 100 g Brötchen in Nebenkost kein Zucker ausgeschieden, so hat man es mit einem leichten Falle zu tun; man fügt in den nächsten Tagen immer mehr Brot hinzu, bis man an die Toleranzgrenze kommt. Würde z. B. bei 150 g Brötchen kein, bei 200 g Brötchen dagegen etwas Zucker ausgeschieden, so hat man zu notieren Toleranz - Hauptkost + 150 bis 200 g Weissbrötchen. Wird bei der Probediät (mit 100 Weissbrötchen in Nebenkost) Zucker ausgeschieden, so kann man noch einen Tag 50 g Weissbrötchen einschalten und auch von diesem den Harn genau untersuchen, oder man geht sofort zu einer strengen Diät über (Ausschluss der Kohlehydrate) und sieht zu, ob die Glykosurie trotzdem andauert. Verschwindet die Glysurie alsbald, so hat man es mit einer leichten Glykosurie, aber geringer Toleranz für Kohlehydrate zu tun. Verschwindet die Glykosurie erst, nachdem man auch die Menge der Eiweissubstanzen der Kost bedeutend vermindert hat, so hat man es mit einer mittelschweren Glykosurie zu tun. Verschwindet die Glykosurie trotz der Entziehung der Kohlehydrate und der Verminderung der Eiweisskost nicht oder nur vorübergehend, so hat man es mit der schweren Form der Glykosurie zu tun. Diese in bestimmten Intervallen zu wiederholenden Prüfungen ergeben ein klares Bild von der Art des vorliegenden Falles und bestimmen den diätetischen Behandlungsplan, der sich folgendermassen aufbaut: A. Sehr leichte Fälle: Toleranz für Kohlehydrate grösser als 180 g Weissbrot. In diesen Fällen ist es nicht immer nötig, alle kohlehydrathaltigen Speisen genau nach Mass und Gewicht zu verordnen. Doch soll Vorsorge getroffen werden, dass der Tageskonsum an Kohlehydraten nicht wesentlich über die in 150 g Weissbrötchen enthaltene Menge (ca. 90 g) hinausgeht. Verboten ist: Zucker und alles, was Zucker in Substanz enthält, z. B. Konfekt, süsses Gebäck, süsse Weine, süsse Kompotts, süsse Speisen, Gelees und dergleichen. Beschränkt werden folgende Speisen: Man erlaubt für den Tag 75 g Weissbrötchen oder ca. 80—90 g der gröberen Brotsorten oder besser 150 g Aleuronatbrot (Wert = 85 g Weissbrötchen). Man erlaubt für den Tag Kartoffel von cirka 80 g Gewicht oder 2—3 gehäufte Esslöffel von Kartoffelbrei, Bratkartoffel oder Kartoffelsalat (Wert = ca. 25 g Weissbrötchen) oder für den Tag zwei Esslöffel einer beliebigen, aber nicht mit Zucker versetzten Mehlspeise, wie Reis, Nudeln, Makkaroni, Püree von Hülsenfrüchten oder von Maronen, oder einen halben Teller voll Suppe mit Mehleinlagen (Hafer, Gerste, Linsen, Erbsen, Bohnen, Reis, Gries, Grünkern u. s. w.). Man erlaubt für den Tag 100 g

Digitized by Google

Früchte, roh oder gekocht, (ohne Zucker), Wert im Mittel = ca. 15 g Weissbrot. B. Leichte Fälle von Intoleranz unter 80 g Weissbrot. v. Noorden fixiert noch eine Mittelstufe, bei der die Toleranz für Kohlehydrate 80 bis 100 g Weissbrot beträgt, allein mutatis mutandis ist die Diätotherapie für diese Fälle leicht aus den anderen Hauptkategorien herzuleiten, denn auch hier werden „Hauptkost" und „Nebenkost" streng von einander gehalten und periodenweise die Höhe der Brotration bestimmt. Wesentlich bedeutungsvoller sind die Fälle mit Toleranz unter 80 g Weissbrot. Auch hier wechseln Perioden mit relativ freigebiger Gewährung von Kohlehydraten, mit denen man bis an die Grenze der Toleranz steigt, mit Perioden strenger Diät ab, und es tritt zu gleicher Zeit mit der Beschränkung der Kohlehydrate eine Beschränkung der Eiweisszufuhr ein. Dies lässt sich aber auf die Dauer nur durchführen, wenn die Patienten im stande sind, viel grünes Gemüse, fett zubereitet, in ihren täglichen Speisezettel aufzunehmen. v. Noorden schaltet von Zeit zu Zeit hier sogenannte „Gemüsetage" ein, die den Zweck haben sollen, den Körper von überflüssigem Zucker zu reinigen. An diesen Tagen reicht er nichts als Gemüse, mit Butter oder Speck, Tee ohne Milch, einige Löffel Lebertran, eine Flasche schweren Rotweins, eventuell auch 1—2 Gläschen Kognak. Das Gemüse wird sehr gut ausgekocht und ausgepresst, sodass es einerseits die meisten Kohlehydrate abgegeben hat, andererseits wegen seiner Trockenheit mehr Fett aufnehmen kann. C. Schwere Fälle von Diabetes, Toleranz für Kohlehydrate unter Null. Unter dieser Form subsummieren auch zahlreiche Fälle, bei denen bei einfacher Entziehung der Kohlehydrate der Zucker nicht schwindet; erst starke und fortgesetzte Verminderung der Eiweisszufuhr beseitigt die Glykosurie, sobald man mit der Eiweisszufuhr wieder steigt, kehrt der Zucker wieder. In völlig aussichtslosen Fällen wird man, um unnütze Quälereien zu vermeiden, in jenen Vorschriften lax sein, umgekehrt wird die Diät streng gehandhabt werden müssen, wo die Aussicht besteht, Besserung zu erzielen. Die strengste Individualisierung ist gerade bei diesen leichteren Fällen unbedingt geboten und das folgende Schema kann nur den Anspruch erheben, ungefähre Anhaltspunkte für die Durchführung der Diät zu geben. 6—10 Wochen strenge Diät mit öfterer Einschaltung von Gemüsetagen, starke Beschneidung der Eiweisszufuhr, viel Fett, viel Alkohol, in den folgenden Wochen langsame Wiedergewöhnung an etwas mehr Eiweissnahrung, gelegentliche Zulage von kleinen Mengen Kohlehydraten (besonders in Form der Diabetikermilch). Man erlaubt für den Tag $^3/_{10}$ Liter leichtes Bier oder $^2/_{10}$ Liter Milch. Wert = 20 g Weissbrötchen. Bei dieser Begrenzung erhält der Patient unter genügender Abwechselung Kohlehydrate im Werte von mindestens 135 g Weissbrötchen. Ausserdem natürlich sämtliche Fleischsorten, Fleischkonserven, Wurstarten, frische Fische, Eier, Fette, Rahm, Käse, Salate, Gewürzkräuter, Blattgemüse, Pilze, Gewürzsuppen, süsse Speisen aus Eiern, Rahm, Mandeln, Zitronen, Gelatine, zu deren Bereitung Saccharin statt Zucker benützt wird, Tee und Kaffee ohne Zucker mit Rahm, Kakao in mässigen Mengen, Limonaden, alle Arten von Sauerbrunnen und künstliche Selterwässer. Bei der Zubereitung der erstgenannten Speisen und Saucen ist Mehl streng zu vermeiden. Dagegen ist auf reichlichen Fettgenuss Gewicht zu legen. Alle zwei Monate werden je drei Tage mit strenger Diät eingeschaltet. Alle halbe Jahre ist ein Probetag mit grosser Brotzulage (z. B. 180, 200, 250 g) anzuordnen, um die Toleranz für Kohlehydrate zu prüfen. Sinkt oder steigt die Toleranz, wie es häufig der Fall ist, so haben sich die Verordnungen darnach zu richten. Nach $^1/_2$ Jahr folgt abermals eine mehrwöchentliche Periode strengster Diät, häufig hat sich bis dahin die Toleranz für Kohlehydrate gehoben und man kann nunmehr etwas liberalere Vorschriften geben. Hebt sich dagegen die Toleranz für Kohlehydrate nicht oder wird die Durchführung einer so strengen Diät auf die Dauer unmöglich, so empfiehlt sich folgender Turnus: Drei Wochen strenge Diät und 60 g Weissbrot. Acht Tage: strenge Diät und wenig Eiweiss. 1—2 Tage: nur Gemüse und

Digitized by Google

Fett. Drei Wochen: strenge Diät und 60 g Weissbrot u. s. w.

Prof. v. Noorden (Frankfurt a. M.) betont, dass die neuerdings vielfach üblich gewordene übermässige Eiweisszufuhr in der Nahrung der Diabetiker zu widerraten sei, da sie die Zuckerausscheidung steigert und die Toleranz für die Kohlehydratassimilation herabdrückt. Unterschiede der einzelnen Eiweissarten hinsichtlich ihres Einflusses auf die Glykosurie sind noch nicht bekannt. Nach Beobachtungen an 20 Patienten stellt sich am günstigsten das Hühnereiweiss, dann Pflanzeneiweiss, Kasein und schliesslich Muskeleiweiss. Aber viel mehr ausschlaggebend ist die Individualität des Kranken. Ein einzelner Eiweisskörper scheint die Glykosurie günstiger zu beeinflussen als die Vereinigung mehrerer. Von den Nahrungsfetten erhöht die Butter am meisten die Acetonausscheidung, wahrscheinlich infolge ihres Gehaltes an Buttersäure. Dennoch verdient sie in der Praxis den Vorzug, zumal durch Auswaschen die Fettsäuren entfernt werden können. Bei weniger als 150 g Butterzufuhr ist auch die Differenz in der Acetonausscheidung unwesentlich. Durch Alkalien ist der Gefahr auch unschwer entgegenzutreten. In vielen, besonders schweren Fällen wird der Hafer doppelt so gut vertragen wie entsprechende Mengen von Brot, doch nicht allgemein. In einigen Fällen sank die Glykosurie sogar unter gleichzeitiger Abnahme der Acetonurie. Eine Erklärung dafür lässt sich aber bisher nicht geben. Aber nach Aussetzen der längere Zeit andauernden Verabreichung dieser Haferkost steigen Zucker- oder Acetonausscheidung sehr jäh wieder an, ja es entsteht sogar die Gefahr des Coma diabeticum, so dass diese Ernährungsform praktisch als undurchführbar sich erweist.

Auch Dr. Lenné (Neuenahr) ist der Ansicht, dass man ein solches Eiweissquantum den Diabetikern verabreichen soll, womit noch eben das Stickstoffgleichgewicht erhalten bleibt, Fette könne man aber ohne strengere Grenzen geben.

Auf dem Wiener Balneologenkongresse besprach Dr. Kolisch (Karlsbad) die Grundlagen der diätetischen Behandlung des Diabetes und legte dar, dass die der herrschenden Lehre entsprechende Überernährung bei Diabetikern nicht nur unberechtigt sei, sondern eine direkte Gefahr bilde. Dasselbe gelte von der einseitigen schablonenhaften Entziehung der Kohlehydrate, wie sie vielfach geübt werde. Weiterhin besprach er den Einfluss der verschiedenen Eiweisskörper auf die Zuckerausscheidung und kam zu dem Schlusse, dass sich die vegetabilischen Eiweisskörper als die unschädlichsten erwiesen haben.

In der Diskussion betont Dr. Pollatschek (Karlsbad), dass die Ausschaltung der Fleischkost, seinen Erfahrungen nach, nicht am Platze sei, er empfielt animalische Kost und Beschränkung von Vegetabilien, unter welchen allerdings gewisse Gemüse bevorzugt werden müssen.

Für die Behandlung der Diabetes mellitus gibt Prof. Eichhorst (Zürich) folgende Vorschriften: Das Geheimnis der Behandlung ist die Nahrung. Arzneien sind zu verwerfen. Trinkkuren in Karlsbad und Neuenahr sind zweifellos, wohl wegen der dabei eingehaltenen strengen Diät, von grosser Bedeutung. Die Grundsätze der Diät sind: Vermeidung von Zucker und Kohlehydraten, dafür Ernährung mit Fett und Eiweisstoffen. Zum Ersatz des Zuckers dient das Saccharin in Tablettenform, als Brotersatz ist am besten das Grahambrot zu empfehlen. Zum Ersatz des unverbraucht abgehenden Zuckers sind Fette am empfehlenswertesten: Butter, Schmalz, Speck, Sahne, fette Fleischsorten, fette Schinken, fetter Käse, frischer und geräucherter Lachs, fette Saucen, fette Blutwurst, reine Öle zu den Speisen. Die Entziehung des Zuckers und der Kohlehydrate soll langsam erfolgen. Sinkt das Körpergewicht bei der Entziehung beträchtlich, dann soll man lieber kleine Mengen Brot gestatten. Als Getränk ist frisches Quellwasser, mit Milch- oder Zitronensäure versetzt, das empfehlenswerteste. Alkoholika sind zu meiden, Kaffee und Tee nur verdünnt zu geniessen. Recht gut ist der Genuss von unabgerahmter Milch. Das Körpergewicht ist ständig zu kontrollieren. Auch ist der Zuckerkranke unter ständiger ärztlicher Aufsicht zu halten. Ist der Harn

Digitized by Google

zuckerfrei geworden, so kann man geringe Brotmengen unter sorgfältiger Kontrolle des Urins gestatten. Der Diabetiker ist gegen Erkältung zu schützen, wohlhabende Kranke sind im Winter nach dem Süden zu senden. Empfehlenswert sind regelmässige Vollbäder und mässige Bewegung in freier Luft. Psychische Aufregungen sind zu vermeiden.

Die gewöhnliche Diabetikerdiät, wie sie an Prof. de Renzis Klinik in Neapel durchgeführt wird, besteht nach Dr. Fittipaldi aus fünf sogenannten grünen Suppen, fünf Stücken Fleisch, welche alle zusammen 300 g wiegen, fünf Eiern, 1/2 Liter Wein: eine Diät, welche 2104 Kalorien liefert. Diese Kalorienmenge würde in Anbetracht, dass man auf ein mittleres Individuum 2500 Kalorien rechnet, gering erscheinen; aber man muss das grosse Assimilationsvermögen der Diabetiker in Rechnung ziehen. Wenn diese Diät die Glykosurie nicht beseitigt, so reduziert man oder entzieht in erster Linie das Fleisch; wenn dies nicht hilft, so vermindert man die Gemüsesuppen bis zum gewünschten Effekt. Diese Ernährungskur, ursprünglich symptomatische Therapie, wird später eine ätiologische insofern, als man durch die Schonung derjenigen Organe, welche zur Umwandlung der Kohlehydrate in Zucker bestimmt sind, eine Wiederherstellung ihrer normalen Funktion erlangt. Unterstützt wird diese Kur durch alle Behandlungsarten, welche die organische Oxydation verbessern: Landaufenthalt, Gymnastik, Hydrotherapie, Mineralkuren etc. Die Elektrizität scheint in der Behandlung des Diabetes eine grosse Wichtigkeit zu haben; aber de Renzi empfiehlt Vorsicht in der Anwendung. Er konnte nachweisen, dass die Teslaschen Ströme die Glykosurie wieder herstellen, wenn sie auf dem Wege der Diät beseitigt ist. Diese Ströme beschleunigen den Albuminstoffwechsel; aber sie greifen zugleich die Nukleinsubstanzen an, führen zur Harnsäureausscheidung durch den Urin und spalten andererseits Elemente ab, welche zu den Nukleinkohlehydraten gehören.

Dr. Offer (Wien) unterscheidet zwei Extreme betreffs der Acetonurie, welche für die Prognose von Bedeutung sind. Die erste umfasst jene Fälle, welche bei mässiger Kohlehydratzufuhr zwar Zucker ausscheiden, jedoch kein Aceton; hingegen bei Entziehung der Kohlehydrate mit Acetonurie, oft auch Diaceturie reagieren. Zur zweiten Gruppe sind solche Fälle zuzurechnen, welche, ob nun Kohlehydrate zugeführt oder entzogen werden, immer Aceton, selbst Diacetsäure und Oxybuttersäure, im Harne ausscheiden. Die zur ersten Gruppe gehörenden Fälle geben wegen der physiologisch leicht erklärlichen Erscheinung keine Veranlassung, aus dem Auftreten der Acetonurie auf eine Gefahr für den Gesamtorganismus zu schliessen, denn es liegt in unserer Macht, die Anhäufung der Acetonkörper in dem Momente zu verhindern, als wir Kohlehydrate wieder zuführen. Anders bei einer Acetonurie bei kohlehydrathaltiger Kost. Das Auftreten von Aceton, vor allem von Diacetsäure und Oxybuttersäure, ist der Ausdruck eines Unvermögens der Kohlehydratassimilation. Je mehr und je länger diese den Säuren zugehörenden Körper im Blute zirkulieren, umso grösser wird die Gefahr einer Säurevergiftung, der Acidosis. Diese Säuren haben das Bestreben, sich im Blutkreislaufe zu neutralisieren. Sie vereinigen sich mit dem Ammoniak und werden als Ammoniaksalze im Harne ausgeschieden. Eine Steigerung der Ammoniakausscheidung ist daher das sichere Zeichen, dass die Gewebe und das Blut von einem Körper umspült werden, der einen Überschuss an Säure bedingt. Wenn daher nicht durch geeignete Medikation der Acidosis entgegengearbeitet wird, verfallen diese Fälle früher oder später dem tötlich endenden Koma. Gerhardt und Schlesinger haben mit Recht auf das Natrium bicarbonicum als jenes Mittel hingewiesen, welches einer zunehmenden Acidosis durch Zufuhr leicht neutralisierender Alkalien entgegenarbeitet. Dosen von mehreren Kaffeelöffeln im Tage, ungefähr eine halbe Stunde nach der Mahlzeit, verringern die Ammoniakausscheidung. Man wird daher in jenen Fällen, in welchen reichlich Acetonkörper bei gleichzeitiger Kohlehydratzufuhr im Harn sind und die tägliche Ammoniakmenge mehr als 1,0 g beträgt, zu diesem, die

Digitized by Google

Acidosis bekämpfenden Mittel greifen. Wenn aus irgend einem Grunde, sei es eine unverhältnismässig grosse Bildung von Acetonkörpern, sei es eine ungenügende Zufuhr von Alkali, die Acidosis immer mehr zunimmt, können Erscheinungen auftreten, die man Koma diabeticum nennt und welche das Leben des Kranken ernstlich bedrohen. Dem Eintritte des Komas gehen gewöhnlich Vorboten voraus. Vor allem ist eine plötzliche Steigerung der Mengen des Acetons, der Diacetsäure und β-Oxybuttersäure, sowie der Ammoniakausscheidung, ein sicheres Anzeichen, dass sich ein Koma vorbereitet, wenn nicht rechtzeitig geeignete Vorsichtsmassregeln ergriffen werden. Die klinischen Erscheinungen des drohenden Komas sind Schläfrigkeit, Muskelmüdigkeit und Muskelschmerzen, nervöse Unruhe, unregelmässige Atmung. Schon zu einer Zeit, da diese klinischen Symptome noch nicht ausgeprägt sind, wenn vielleicht noch nicht einmal die Acidosis durch Harnuntersuchung sicher nachweisbar ist, bereits einige Tage vor dem Eintritte des Komas, treten Schmerzen im Magen, Erbrechen und Üblichkeiten als warnende Vorboten auf. Noch ein Symptom, welches dem Koma vorangeht, ist das Auftreten kleiner, kurzer, hyaliner Cylinder im Harne. Die Anfangssymptome nehmen immer zu, der Patient verfällt zusehends. Anfangs reagiert er noch, bis er schliesslich in einen Schlafzustand verfällt, aus dem er nicht mehr erwacht. Die Therapie im Koma führt nur in den seltensten Fällen zu einem Ziele. Von dem Gedanken geleitet, dass eine Säurevergiftung die Ursache desselben sei, wurde von verschiedenen Seiten die Applikation grosser Dosen von Soda angeraten. Man kann, solange der Patient noch bei Bewusstsein ist, dasselbe intern geben; bei bereits eingetretener Bewusstlosigkeit sind Transfusionen oder intravenöse Infusionen von Sodalösungen und Irrigationen zu machen. Manchmal, aber nur selten, gelingt es, den Patienten zu erwecken und auch dann nur für kurze Zeit. Die Durchspülung des Organismus durch hypodermatische oder intravenöse Flüssigkeitszufuhr bewirkt eine erhöhte Diurese, die während des Komas oft ganz versiegt. Zu den Infusionslösungen kann man auch Kochsalz oder Traubenzucker, eventuell Lävulose hinzufügen.

Dr. Lorand (Karlsbad) glaubt, dass den Karlsbader Wässern allein ein zuckervermindernder Einfluss wenigstens für den leichten Diabetes nicht abgesprochen werden kann. Er empfiehlt die Karlsbader Kur prophylaktisch schon in Fällen von alimentärer Glykosurie ex amylo, besonders wenn es sich um Kinder von diabetischen Eltern handelt, um auf diese Weise den Ausbruch des Diabetes zu verhindern.

Dr. Strasser (Wien) redet der physikalischen Therapie des Diabetes mellitus das Wort. Durch hydrotherapeutische Prozeduren kann eine diabetische Glykosurie in vielen Fällen günstig beeinflusst werden. Die Toleranz der Diabetiker für Kohlehydrate scheint sich während einer Wasserkur zu heben, auch die Resorption der stickstoffhaltigen Nahrung wird erleichtert. Bei leichten Fällen besonders auch bei Vorhandensein von Fettleibigkeit, ist die Einwirkung am deutlichsten. Auch für die bei Diabetikern nicht seltenen Hautaffektionen ist die Hydrotherapie von Nutzen; die Neigung zur Entstehung von Hautkrankheiten wird vermindert, vorhandene Ekzeme etc. können zum Schwinden gebracht werden. Gute Perspiration der Haut trägt zugleich zu einer entschiedenen Entlastung der Niere bei. Günstig beeinflusst werden ferner rheumatoide Affektionen, Neuralgien, Neuritiden, nervöse und psychische Störungen, Anfänge einer Lungenerkrankung. Was die Methodik betrifft, so muss das Mass der Erregung und die Schwere der Eingriffe überhaupt um so mehr eingeschränkt werden, je schwerer sich der Diabetes darstellt. Jüngere, kräftige, insbesondere fettleibige Diabetiker können mit energischen, erregenden Prozeduren behandelt werden, auch mit Schwitzkuren und nachfolgenden Duschen, auch flüchtigen Eintauchungen in ganz kalte Vollbäder. Für die meisten Fälle passt die vorzüglich geübte Behandlung mit feuchten Einpackungen (1—1½ Stunden) und folgenden kühlen Bädern (28—20° C.), Duschen oder Abreibungen. Auch indifferente lauwarme Bäder mit Sole, Salz, Leim können

Digitized by Google

angewandt werden. Kräftige, eingreifende Muskelarbeit ist meist von günstigem Einfluss auf die Glykosurie und im stande, die Toleranz für Kohlehydrate bedeutend zu heben. Es ist aber strenge Individualisierung im Einzelfalle nötig; die schwereren Formen der Krankheit eignen sich nicht für aktive Muskelarbeit. Allgemeine Körpermassage kann substituierend eintreten und sich ebenfalls nützlich erweisen.

Dr. Mossé (Toulouse) kam nach Versuchen an 20 Personen zur Überzeugung, dass nach Ersatz des Brotes durch Erdäpfel der Durst, die Glykosurie bei Diabetikern abnehmen, und dass eine Besserung des Gesamtzustandes eintritt. Durch die Aufnahme von Erdäpfeln wird dem Organismus eine grosse Menge von Alkalien (Kalisalze) zugeführt, welche wie eine alkalische Kur einen glykolitischen Einfluss ausüben. Kontraindiziert sind die Erdäpfel bei Nephritis chronica mit urämischen Attacken, weil die Kalisalze die Giftigkeit des Blutes erhöhen.

Dr. Jacobsohn empfiehlt wegen ihrer relativen Kohlehydratarmut die Roborat gebäcke als Ersatz des Brotes für Diabetiker. Dieselben zeichnen sich ferner durch guten Wohlgeschmack, lange Haltbarkeit und dadurch aus, dass sie schnell sättigen. Sie sind nicht nur reich an Eiweiss, sondern besonders auch an Fett (11 bis 12% gegen $^1/_2$% gewöhnlichen Brotes), ohne fett zu schmecken; der Geschmack gewinnt sogar durch Bestreichen mit Butter. Das Roborat, das mit Fett eine sehr feine Emulsion bildet, scheint das Fett für die Wahrnehmung zu „maskieren". Gerade für Diabetiker ist aber reichliche Fettzufuhr von grosser Bedeutung. Da die Herstellung des Roboratbrotes dauernder genauer chemischer Kontrolle unterstehen soll, so bietet sich für Arzt und Kranke damit eine wünschenswerte Garantie für gleichmässige und zuverlässige Zusammensetzung desselben.

Ein völlig kohlehydratfreies Gebäck von Brotgeschmack liess Dr. Sarason (Berlin) aus einer Roborat-Mandelmehlmischung dadurch herstellen, dass letztere nicht mit einfachem Wasser, sondern mit Sauerwasser angeteigt wurde. Dieses stellte Verfasser in der Art her, dass er kräftig gegorenen Sauerteig in Wasser verteilte, absetzen liess und auf diese Weise das Wasser mit den aromatischen und schmeckenden Stoffen des Sauerteigs sättigte. Um die Zuckerstoffe der Mandeln zu beseitigen liess er den Zucker durch intensive Hefegärung zerstören. Zu diesem Zweck setzte er den Teig mit Hefe an, liess so lange gären, bis der Teig wieder zusammenfiel, und arbeitete ihn dann vor dem Backen noch einmal durch. Das auf diese Weise hergestellte Brot verrät seine Herkunft aus Mandeln in keiner Weise mehr, schmeckt durchaus brotähnlich und enthält nur Spuren von invertierbaren Kohlehydraten (ca. 0,2%). Ein grosser Vorzug des Brotes besteht darin, dass es ca. 14 Tage lang haltbar ist. Das Anamyl-Brot genannte Brot wird von Konditor F. W. Gumpert, Berlin C., hergestellt, der auch die fertige Mandelmehl-Roboratmischung nebst Backrezept zur Herstellung des Anamyl-Brotes im eigenen Haushalt liefert.

Dr. Bárány (Wien) empfiehlt auf Grund seiner an Prof. v. Noordens Klinik vorgenommenen Untersuchungen schlackenreiches Cellulosebrot für Diabetiker.

Dr. Kalinczuk (Marienbad) beobachtete 42 Fälle von Adipositas, in denen sich auch Meliturie vorfand. Andere Symptome, welche sonst bei Diabetes klinisch zu beobachten sind, fehlten. In allen Fällen ging parallel zur Fettreduktion eine Verminderung der Zuckerausscheidung vor sich. Trotz gestatteter Einnahme von Kohlehydraten und Zucker in Tagesmengen, wie solche Gesunde nehmen, verringerte sich die Zuckerausscheidung entsprechend der Fettreduktion und verloren die Kranken ihren Zucker vollständig, wenn die Fettreduktion bis zu einem gewissen Tiefstand gediehen war. Solche Individuen sind also in erster Linie zu fett und erst in weiterer Folge zuckerausscheidend. Daraus ergibt sich eine physiologische Fettgrenze des Individuums. Es würde demnach diese Glykosurie eine atypische Form darstellen, da ihre Abnahme nicht von der Nahrung, sondern zunächst und direkt von der Gewichtsverminderung der Kranken abhängt und bei auf dieser Grenze erhaltenem Normalgewicht vollständig ausbleibt. In bezug

Digitized by Google

auf die Erkenntnis solcher Fälle ist also festzuhalten: Wenn die Zuckerausscheidung im Harn trotz der Zuckerdiätprobe unverändert bleibt und diese ungeachtet gemischter, an Zucker und Amylaceen nicht armer Nahrung parallel mit dem Fett des Individuums abnimmt, so kann man auf eine solche, leicht und dauernd zu beseitigende: adipogene Glykosurie schliessen. Therapeutisch bewähren sich hier die alkalisch-salinischen Heilwässer weit mehr, als blosse Diätkuren.

Dr. Kausch (Breslau) will Diabetiker nur in zuckerfreiem Stadium nach eingeleiteter antidiabetischer Kur operieren, falls keine vitale Indikation vorliegt. Er erinnert an die von Reynier aufgestellte Forderung, die Diabetiker nicht zu operieren, wenn die Patellarreflexe nicht vorhanden sind, sondern erst dann, wenn dieselben durch eine antidiabetische Kur wieder da sind. Wir wissen längst, dass die Forderung auf falschen Voraussetzungen beruht und dass sie Reynier z. B. dahin geführt hat, ein Mammacarcinom ein Jahr lang auf die Amputation warten zu lassen Bei Diabetikern wendet er die Äthernarkose an. Vor der Operation und eine längere Zeit vorher empfiehlt er, grosse Dosen von Natrium bicarbonicum zu geben, per os. per clysma oder, wenn die Wirkung schnell eintreten soll, mittelst intravenöser Injektion. Die Indikationen für die Absetzung bei diabetischer Gangrän sollen nicht zu eng gezogen werden, die Absetzung soll allerdings individualisiert werden, je nach dem schnellen oder langsamen Fortschreiten der Gangrän, je nach der Beschaffenheit der durchschnitttenen Gefässe.

Lehrbuch der speziellen Pathologie und pathologischen Anatomie von Prof. Ribbert. Verlag von F. C. W. Vogel in Leipzig. — Über spontane Lävulosurie und Lävulosämie von Dr. Rosin und Dr. Laband (Zeitschr. f. kl. Med. 47. Bd.). — Über das Nahrungsbedürfnis der Diabetiker von Dr. Schlesinger (Zeitschr. f. diät. u. phys Ther. 6. Bd. 5. u. 6. H.). — Über physiologische Zuckerbildung nach Eiweissdarreichung von Dr. Bendix (Zeitschr. f. phys. Chemie. — Schm. Jahrb. 274. Bd. 5. H.). — Der Diabetes mellitus von Prof. Naunyn (Deutsche Klin. 3. H. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 29). — Die Ernährungstherapie beim Diabetes von Dr. Marcuse (Med. Woche. — Medico Nr. 31). — Prof. v. Noorden über Pathologie und Therapie des Diabetes mellitus auf der deutschen Naturforscherversammlung zu Karlsbad (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 96). — Zur Behandlung des Diabetes mellitus von Dr. Lenné (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 22). — Dr. Kolisch und Dr. Pollatschek über die Therapie des Diabetes auf dem Balneologenkongresse in Wien (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 6. Bd. 2. H.) — Behandlung der Zuckerharnruhr von Prof. Eichhorst (Ther. Monatsh. 9. H.). — Über Diabetes von Dr. Fittipaldi (Gaz. d. osped. Nr. 63. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 43). — Über Diabetes mellitus von Dr. Offer (Zentralbl. f. d. ges. Ther. 6. H.). — Dr. Lorand über die Wirkung des Karlsbader Wassers auf den Diabetes auf der deutschen Naturforscherversammlung zu Karlsbad (Münch. med. Wochenschrift Nr. 41). — Die physikalische und medikamentöse Therapie des Diabetes mellitus von Dr. Strasser (Wien. med. Presse Nr. 14 u. 15). — Erdäpfelkur bei Diabetes mellitus von Dr. Mossé (Sem. méd. — Med. Blätter Nr. 1). — Dr. Jakobsohn über die Kost der Zuckerkranken im Verein für innere Medizin zu Berlin (Zentralbl. f. d. ges. Ther. 9. H.). — Kohlehydratfreies Brot für Zuckerkranke (Anamyl-Brot) von Dr. Sarason (Deutsche Med.-Ztg. — Medico Nr. 29). — Über ein neues cellulosereiches Brot und seine Verwendung bei Darmträgheit, Fettleibigkeit und Diabetes von Dr. Bárány (Wien. med. Wochenschrift Nr. 9). — Über gewisse Beziehungen zwischen Adiposität und Glykosurie von Dr. Kalinczuk (Wien. klin. Rundschau Nr. 12). — Dr. Kausch über den Diabetes in der Chirurgie auf der Naturforscherversammlung zu Karlsbad (Med. Woche Nr. 44).

Digitalis. Über die Wirkung der Digitalis auf die Gefässe stellte Prof. Magnus (Heidelberg) gemeinsam mit Prof. Gottlieb Versuche an. Es ergab sich, dass bei Digitalinum verum, dem Hauptbestandteil des Digitalisinfuses, bei Strophanthin und bei Convallarin gleichzeitig mit der Blutdrucksteigerung eine starke Gefässverengerung in den Organen des Splanchnicusgebietes (Milz, Niere, Darm) auftritt, während die Gefässe der Körperoberfläche (Haut, Extremitäten) erweitert werden. Im Gegensatz dazu steht die Wirkung des Digitoxins, welches zugleich mit der Blutdrucksteigerung eine Verengerung sämtlicher Gefässgebiete bewirkt. Nach Digitoxin tritt eine Umlagerung des Blutes von der venösen auf die arterielle Seite des Kreislaufs ein, bei den anderen Präparaten kommt hierzu noch eine Umlagerung aus den Gefässgebieten des Körperinnern nach der Körperoberfläche. Durch die allgemeine Gefässverengerung bei Digitoxin wird dem Herzen ein allgemeiner, nach Umständen sogar schädlicher Widerstand entgegengesetzt, während bei Digitalin, Strophan-

Digitized by Google

thin etc. durch Erweiterung einzelner Gefässprovinzen das Herz entlastet wird. In beiden Fällen führt Zunahme des Druckgefühles und Verengerung des Strombettes zu einer starken Beschleunigung des Blutstromes. Für die Beseitigung von Stauungen dürfte ausser dieser Zunahme der Strömungsgeschwindigkeit noch die Verdrängung des Blutes aus den Bauchorganen massgebend sein.

Prof. Einhorn (New-York) hält die Darreichung der Digitalis in allen Fällen für indiziert, in welchen im Anschluss an eine Herzmuskelschwäche Stauungsdilatationen (Verbreitung der Dämpfung) und deren unmittelbare Folgeerscheinungen, die Änderung der Pulsbeschaffenheit und ein Absinken des Blutdruckes vorliegen. Hinsichtlich der Indikationsstellung für die Verordnung der Digitalis im allgemeinen ist es vollkommen gleichgültig, ob eine Stauungsdilatation sich ausbildet am vorher gesunden oder vorher kranken, am muskel- oder klappenkranken Herzen, bei Mitral- oder Aortenfehlern, im Anschluss an eine Sklerose der Kornorararterien oder im Verlaufe einer Chlorose, einer nervösen Herzerkrankung oder irgend einer sonstigen akuten oder chronischen Erkrankung. Von wesentlicher Bedeutung ist nur das stets selbstverständliche gleichzeitige Sinken des Blutdruckes. Das Fehlen einer Stauungsdilatation am Herzen, ein für den befreffenden Krankheitsfall normaler oder gesteigerter Blutdruck bilden eine direkte Kontraindikation gegen die Verordnung des Mittels. Dieselbe kann niemals durch vermehrte Pulsfrequenz oder Pulsarhythmie allein gerechtfertigt werden. Sie ist entschieden zu verwerfen in allen Fällen ungestörter Kompensation, im Stadium der Ensystolie der Klappenfelder und besonders auch in allen Fällen von „kardialem Erethismus," wie solche nicht nur bei nervösen Herzerkrankungen, nach Kaffee- oder Tabakmissbrauch, sondern auch im Verlauf von Klappenfehlern, in manchen Fällen von Angina pectoris in die Erscheinung treten, und wie sie besonders auch als erstes Stadium der Überanstrengung des Herzens vorkommen. Als Grenzfälle mit zweifelhafter Indikation sind chronische Nephritiden, Herzhypertrophien mit erhöhter Pulsspannung zu betrachten. In diesen Fällen gibt nicht die absolute Höhe des Blutdruckes, die über der Norm liegt, sondern, wie stets das Sinken des Druckes die Indikation. Bei der akuten Endocarditis ist die Digitalis kondraindiziert, um den erkrankten Muskel zu schonen.

Dr. Fränkel (Badenweiler) hat im pharmakologischen Institut in Heidelberg Versuche über die kumulative Wirkung der Digitaliskörper angestellt. Eine solche stellte sich bei sämtlichen Präparaten nach langem Gebrauche ein. Am meisten kumulierende Eigenschaften hat Digitoxin, das für längeren täglichen Gebrauch daher am wenigsten empfehlenswert ist. Digitalinum verum dagegen wird rascher ausgeschieden und könnte eher für fortgesetzte Anwendung bei geeigneten Fällen in Frage kommen.

Dr. Focke (Düsseldorf) macht auf die jahreszeitlichen Schwankungen in der Stärke der offiziellen Folia Digitalis aufmerksam. Die Kraft der Digitalisblätter schwankt alljährlich in einem Verhältnisse von durchschnittlich 4:1. Im Juli, wenn schon neue Blätter abgegeben werden verschreibt Autor 0,5 g. Die Dosis steigt dann von Monat zu Monat bis zum Oktober auf etwa 1,0, bis Januar auf 1,5 und endet im Juli ungefähr bei 2,0, also bei etwa dem Vierfachen der anfänglichen Höhe! Eine solche Dosis, als Infus auf zwei bis drei Tage verteilt, konnte Autor als gewöhnliche mittlere Dosis betrachten; d. h. es war eine Dosis, die bei einem kräftigen Erwachsenen ungeachtet ihrer zeitlich verschiedenen Ziffern eine gleichmässige Wirkung von mittlerer Stärke ausübte, wie sie genügt bei den dem praktischen Arzt am häufigsten vorkommenden funktionellen Störungen der Herzarbeit mit oder ohne Überfüllung einzelner venöser Gebiete, also bei Störungen, die vorübergehender, leichterer Natur sind.

Dr. Görges (Berlin) behauptet, dass die Digitalisdialysate von Gollasch & Co. von konstanter Stärke wären. Er verwandte die Dialysate der Digitalis purpurea und grandiflora mit gleichem Erfolg. Kinder von 2—4 Jahren erhielten dreimal

Digitized by Google

täglich zwei Tropfen, nach 2—3 Tagen Steigerung auf 5—6 Tropfen, bei grösseren Kindern begann er mit fünf Tropfen und stieg auf 8—10 Tropfen. Dauer der Medikation etwa acht Tage. Er war mit der Wirkung bei allen Zuständen der Herzschwäche sehr zufrieden.

Prof. Ewald hat die Digitalisdialysate mit Erfolg angewandt, ohne sich schon ein Urteil bilden zu können, ob sie vor den übrigen Digitalispräparaten einen Vorteil haben.

Prof. Senator stellt die Digitalisdialysate in ihrer Wirksamkeit zwischen die Infuse und die Pulver, er hat manchmal von dem Infus noch Wirkung gesehen, wo das Dialysat versagte. Es hat aber scheinbar wenig Nebenwirkungen; doch lassen sich diese auch durch eine Darreichung des Infuses im Klysma beheben.

Die Universitätsapotheke in Rostock hat es, wie Dr. Wolff mitteilt, unternommen, Digitalisblätter, Digitalis- und Strophanthustinktur mit pharmakodynamischem Titre in den Handel zu bringen. Die frisch gesammelten Blätter werden innerhalb weniger Stunden im Vakuum schnell getrocknet, wodurch der bei dem bisher üblichen langsamen Trocknen eintretende Fermentierungprozess vermieden und die Spaltung der Digitalisglykoside verhindert wird. Die Tinkturen werden aus frischen, wirksamen Blättern, bezw. Samen hergestellt. Die Präparate wurden von Prof. Kobert geprüft, der die Digitalisblätter als vorzüglich geeignet zu ärztlicher Anwendung empfiehlt und die Strophanthustinktur als eine sehr stark wirkende bezeichnet.

Zur subkutunen Digitalisanwendung empfiehlt Dr. Rosenthal das von Martignac hergestellte „Huile digitalique Nativelle", das im Kubikzentimeter 1/8 mmg Digitalin enthält. 1/4 mmg Digitalin pro Injektion ist schon eine grosse Dosis. Es empfiehlt sich, an vier aufeinanderfolgenden Tagen je 1 ccm oder an zwei Tagen abends und morgens je 1 ccm zu injizieren. In den Versuchen zeigten sich die Einspritzungen als völlig schmerzlos und von keinen entzündlichen Erscheinungen gefolgt.

Prof. Magnus über die Wirkung der Digitalis auf die Gefässe im naturhistorisch-medizinischen Verein zu Heidelberg (Münch. med. Wochenschr. Nr. 4). — Über die Anwendung der Digitalis bei Erkrankungen des Herzens von Prof. Einhorn (Samml. klin. Vortr. Nr. 312. — Deutsche Praxis Nr. 17). — Über die jahreszeitlichen Schwankungen in der Stärke der offizinellen Folia Digitalis von Dr. Focke (Ther. d. Gegenw. 1. H.). — Über die kumulative Wirkung der Digitaliskörper von Dr. Fränkel (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 41). — Dr. Görges, Prof. Ewald und Prof. Senator über Digitalisdiolysat in der Berliner medizinischen Gesellschaft (Münch. med. Wochenschr. Nr. 22). — Über die physiologische Dosierung von Digitalispräparaten von Dr. Wolff (Ther. d. Gegenw. 9. H.). — Über Huile digitalique Nativelle von Dr. Rosenthal (Presse méd. — Allg. med. Zentral-Ztg Nr. 49).

Dionin. Dr. Scherer hat das Dionin in der Volksheilstätte für Lungenkranke zu Ruppertshain i. Th. erprobt und schliesst sich bezüglich der Wirkungsweise desselben im Vergleich zu Morphium und Kodeïn der Ansicht Kortes an, nach welchem es sich vom Morphium durch seine mildere narkotische Wirkung, seinen fast unmerklichen Einfluss auf die Verdauungsorgane und den Mangel an unangenehmen Nebenwirkungen, vom Kodein dagegen durch seine anscheinend stärkere und nachhaltigere Wirkung durch Schaffung allgemeiner Beruhigung und besseren Schlafes und durch günstigere Beeinflussung der Dyspnoë, des Reizhustens, sowie der Expektoration unterscheidet. Alles in allem genommen erwies sich das Dionin als ein zwar durchaus nicht unfehlbar wirkendes, aber doch schätzenswertes Narkotikum ohne irgend welche schädliche Nebenwirkungen, das sich namentlich auch für ausgedehntere Verwendung in der Privatpraxis empfehlen dürfte. Es wurde in Pulverform oder in Lösung 0,02—0,03 pro Dosi zwei bis viermal täglich verabreicht.

Dr. Frankl (Wien) empfiehlt das Dionin in Form von Suppositorien und Vaginalkugeln, allenfalls auch in Gestalt der gepressten Tabletten, zum Gebrauche in der gynäkologischen Praxis zumal in Fällen, wo es darauf ankommt, momentan den Schmerz zu stillen, unbekümmert darum, ob es im einzelnen Falle möglich ist, sofort die exakte gynäkologische Untersuchung und die durch diese erforderte Therapie einzuleiten oder nicht. Dass man sich mit der Dioninmedikation

Digitized by Google

allein nicht begnügen darf, ist selbstredend.

In der Augentherapie ist die Anwendung des Dionins nach Dr. Darier (Paris) zu empfehlen: 1. In allen Fällen, wo man heftige Schmerzen bekämpfen will, über die unsere bisherigen lokalen Anästhetika nicht Herr wurden, also bei Iritis, Iridocyclitis, Ulcera, Keratitis, Glaukom und ähnlichem. 2. Wenn es gilt, die Ernährung der Gewebe zu erhöhen, die Resorption von Pupillarexsudaten zu beschleunigen und Pupillenerweiterung hervorzurufen. Eine 2%ige Lösung ist die brauchbarste; man kann jedoch stärkere Lösungen benützen, ohne toxische Zufälle befürchten zu müssen.

Dionin bei Erkrankungen der Atmungsorgane von Dr. Scherer (Ther. Monatsh. 3. H.). — Dionin in der gynäkologischen Praxis von Dr. Frankl (Ther. Monatsh. 6. H.). — Dionin und seine Anwendung in der Augentherapie von Dr. Darier (Ophth. Klin. Nr. 4. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 12).

Diphtheritis und Croup. Prof. Wassermann (Berlin) gelang es, ein von dem bisherigen antitoxischen Diphtherieserum verschiedenes präcipitierendes Serum zu erzielen, welches im Gegensatze zu dem ersteren Stoffe in sich birgt, welche auf die Körpersubstanzen der Diphtheriebacillen selbst eine spezifische Wirkung ausüben. Dieses neue Serum bietet die Möglichkeit, die Differenzierung der echten und der Pseudodiphtheriebacillen mit Hilfe der Agglutination und Präcipitation zu bearbeiten. Auch für die Praxis verspricht sich Wassermann einen gewissen Wert, insoferne es auf die Substanzen der Diphtheriebacillenleiber spezifisch einwirkt.

Bezüglich der Präventivimpfungen mit Diphtherieheilserum gelangt Dr. Sevestre zu folgenden Schlüssen: 1. Die Präventivimpfungen mit Diphtherieheilserum haben eine ausgesprochene Wirkung; sie erzielen Immunisierung bei den bedrohten Kindern. Sie haben niemals ernstere Zufälle veranlasst. Bedauerlicherweise hat die Immunisationsperiode nur eine Dauer von höchstens 3—4 Wochen. In den seltenen Fällen, wo trotz der Injektion die Diphtherie ausgebrochen ist, war sie ganz besonders gutartig. 2. Die Seruminjektionen sind speziell indiziert in Familien, wo ein Fall von Diphtherie ausgebrochen ist, um die Ansteckung der anderen Kinder zu verhüten. 3. In gleicher Weise sind sie indiziert für die Kinder eines Instituts u. ä., wo ein Fall von Diphtherie konstatiert worden ist. 4. Selbst wenn kein Diphtheriefall festgestellt worden ist, können die Schutzimpfungen unter gewissen speziellen Bedingungen indiziert sein (in Masern-, Scharlach-Isolierräumen). 5. Die Ausführung der Schutzimpfungen enthebt keineswegs von den übrigen prophylaktischen Massregeln (Desinfektion und Isolierung), gestaltet deren Durchführung vielmehr leichter und wirksamer.

Dr. Netter (Paris) hat im Spital Trousseau an 502 Kindern, welche 209 Familien angehörten, in denen ein erster Fall von Diphtherie vorgekommen war, Schutzimpfungen vorgenommen. Diese Injektionen, in der gewöhnlichen Dosis von 500 Einheiten, boten keinerlei Nebenerscheinungen und waren sehr wirksam; es wurden nur 13 Kinder von der Krankheit ergriffen, sieben in den ersten 24 Stunden und sechs nach einem Monat, in der Periode vom 2. bis zum 29. Tag nach der Injektion kam kein Fall vor. Die bakteriologische Untersuchung der Mund- und Rachenhöhle von 476 dieser Kinder hat 150mal den Loefflerschen Bacillus gezeigt. Die Nützlichkeit dieser Injektionen (Impfungen) hat sich nicht weniger deutlich durch die Leichtigkeit der vorgekommenen Fälle, als durch die ausserordentliche Abnahme derselben gezeigt: die Verhältniszahl der leichten Fälle ist bei den Immunisierten 77% und bei den nicht Geimpften 20%, die der schweren Fälle bei ersteren = 0, bei letzteren 40%.

Dr. De Maurans weist nach, dass trotz der Anwendung des Diphtherieserums die Sterblichkeit infolge Diphtherie sehr gross ist. Ja, sie steigt in manchen Städten jetzt erheblich. In Paris hat die Sterblichkeit vom Jahre 1894 abgenommen, nimmt aber seit dem Jahre 1899 wieder beträchtlich zu. Statistische Ausweise über die Mortalität wegen Diphtherie in 34 Städten ergeben, dass die Schwankungen derselben, sowie man auch

Digitized by Google

bei anderen Epidemien sieht, unabhängig sind von therapeutischen Massnahmen. Allerdings ist das Diphtherieserum sehr wirksam, und zwar hauptsächlich lokal, auf die Pseudomembranen.

Prof. Rosenbach (Berlin) behauptet, dass der Beginn der Serumbehandlung zusammenfiel mit der Abnahme der Heftigkeit der diphtherischen Erkrankung. Besonders ergibt sich aus den aufgestellten Tabellen, dass die Notwendigkeit zu tracheotomieren mit den Jahren immer geringer geworden ist. Auch das Mortalitätsprozent der Operation zeigte lange vor der Serumeinführung eine Abnahme. Ein Vergleich der Morbiditäts- und Mortalitätskurve der Diphtherie lässt auch hier das Gesetz von dem entgegengesetzten Verhalten der beiden Kurven erkennen. Von der septischen Diphtherie glaubt Rosenbach, dass sie mit der eigentlichen Diphtherie nichts zu tun hat, also auch auf das Serum nicht reagieren kann. Eine richtige Prüfung des Diphtherieserums lässt sich nur ermöglichen, wenn im regelmässigen Wechsel ein Diphtheriekranker mit demselben behandelt wird, der andere nicht.

Auf Grund seiner reichen Erfahrung kommt Prof. Ganghofner (Prag) zu dem Schlusse, dass die Intubation bei weitem in den meisten Fällen ausreicht, während die Tracheotomie überall da geübt werden soll, wo der bestmögliche Erfolg mit der Intubation nicht zu erreichen ist. Aus grossen Massenstatistiken lässt sich der Wert beider Verfahren deshalb nicht genügend erschliessen, weil diese eine Berücksichtigung des Alters, des Genius epidemicus und anderer für den Einzelfall bestimmender Momente nicht erlauben.

Dr. Alsberg und Dr. Heimann sind der Ansicht, dass ein operativer Eingriff bei Larynxstenose leichten und mittleren Grades mit Hilfe des Heilserums und unter Anwendung des Sprays möglichst vermieden werden soll. Die primäre Intubation ist indiziert bei allen Larynxstenosen höheren Grades, bei denen, soweit es das klinische Bild für möglich erscheinen lässt, ein blutiger Eingriff vermieden werden kann. Die primäre Tracheotomie ist indiziert bei Asphyxie und Kollaps, bei bestehender Pneumonie, bei schweren Erkrankungen des Herzens, bei bestehender Gaumensegel- und Zwerchfell-Lähmung, bei schweren anatomischen Veränderungen des Pharynx, sowie hochgradiger Verschwellung der gesamten Pharynxgebilde bei Nekrose derselben. Die sekundäre Tracheotomie ist angezeigt, wenn die Stenoseerscheinungen bei liegender Tube in erheblichem Masse fortdauern, vorausgesetzt, dass ihr Lumen nicht verstopft ist, wenn Pneumonie hinzutritt, wenn Gaumensegel- und Zwerchfell-Lähmung hinzutreten. Die Intubation ist nicht zu empfehlen im Säuglingsalter, wegen Kleinheit der Teile und der Enge des Pharynx, besonders aber auch wegen der durch die Tube erschwerten Nahrungsaufnahme, die in diesem Alter von vitaler Bedeutung ist.

Dr. Zdekauer (Trautenau) hat bei sechs Fällen von diphtheroider Tonsillitis bei Scharlach (im Alter von 3—15 Jahren) die Mandeln mit reinem Formalin gepinselt und davon einen prompten, sehr befriedigenden Erfolg gesehen. Gegen das Brennen nach der Bepinselung liess er Milch oder Wasser trinken. Auffallend war die starke Schrumpfung der gepinselten Tonsillen.

Dr. Bayer hat von der kombinierten Behandlung des Croups mit Kalomel und Apomorphin recht gute Erfolge gesehen. Er verordnete:

I. Rp. Hydrarg. chlorat. 0,16
Sacchar. 2,0
in dos. aequ. No. VIII.
S. zweistündlich ein Pulver.

II. Rp. Apomorph. hydrochl. 0,01
Aqu. dest. 100,0
Acid. hydrochlor. gtt. II.
Syr. simpl. 10,0

S. zweistündlich einen Kaffee- bis Esslöffel voll.

Öfter als dreimal mussten die Medikamente nie verordnet werden. 0,48 Kalomel und 0,03 Apomorphin waren somit die grössten Quanten. Bei Nachlass der Symptome wurde das Kalomel bald für mehrere Stunden des Tages ausgesetzt. Sehr bald (nach 12 Stunden) macht sich eine Besserung bemerkbar, die rasch Fortschritte macht. Bayer hat immer (20 Fälle) vorzügliche Resultate erzielt.

Digitized by Google

Über eine neue Art von Diphtherieheilserum von Prof. Wassermann (Deutsch. med. Wochenschr. Nr. 44 u. 45). — Dr. Sevestre über die Präventivimpfungen mit Diphtherieheilserum in der Académie de médecine zu Paris (Münch. med. Wochenschrift Nr. 25). — Dr. Netter über die Schutzimpfungen mit Diphtherieheilserum ebendaselbst (Münch. med. Wochenschr. Nr. 10). — Sind die Schwankungen der Mortalität infolge Diphtherie abhängig von therapeutischen Methoden? Von Dr. De Maurans (Sem. méd. — Med. Blätter Nr. 1). — Die Wirksamkeit des Diphtherieserums von Prof. Rosenbach (Ther. Monatsh. 3. H.). — Über das Verhältnis von Intubation und Tracheotomie bei der Behandlung der diphtheritischen Larynxstenose von Prof. Ganghofner (Jahrb. f. Kinderheilk. — Münch med. Wochenschr. Nr. 27). — Über die Indikationsstellung der Behandlung der diphtheritischen Larynxstenose von Dr. Alsberg und Dr. Heimann (Arch. f. Kinderheilk. 33. Bd. — Deutsche Praxis Nr. 14). — Formalin bei Diphtherie von Dr. Zdekauer (Prag. med. Wochenschrift Nr. 8). — Zur Therapie des Croups von Dr. Bayer (Ther. Monatsh. 4. H.).

Dupuytrensche Fingerkontraktur. Dr. Janssen stellte an Prof. v. Bergmanns Klinik in Berlin mikroskopische Untersuchungen in Fällen von Dupuytrenscher Kontraktur an, die ergaben, dass die Kontraktur der Finger die Folge der durch die Schrumpfungsvorgänge in der Aponeurose und ihren Ausläufern bedingten Verkürzung der Fascie ist. Der Ausgangspunkt des Prozesses sind die Wandungen der kleinsten Gefässe, deren Adventitia Janssen enorm verdickt fand; es war nachzuweisen, dass das erste Entstehen der neuen zellreichen Bindegewebspartien von den neuen adventitiellen Scheiden ausging. Die Ätiologie des Leidens bleibt unklar; auf jeden Fall spielt aber das Trauma keine ursächliche Rolle. Eine dauernde Heilung des Leidens ist nur durch die Lexersche Operation zu erzielen, die folgendermassen vollführt wird: Längsincision vom Ansatz der Palmaraponnrurose in der Richtung auf den am meisten ergriffenen Finger bis auf die Volarfläche der II. Phalanx; senkrecht darauf ein Querschnitt durch die Vola. Die so entstehenden vier Hautlappen werden zurückpräpariert; nur die ganz fest mit der Aponeurose verwachsenen Hautpartien werden mit dieser im Zusammenhang gelassen. Nun wird, vom proximalen Ende beginnend, die Fascie entfernt, wobei namentlich auf die vollkommene Herausnahme der Ausläufer zwischen den Sehnenscheiden und peinliche Entfernung des Aponeurosengewebes an den Phalangen Rücksicht zu nehmen ist. Defekte der Haut werden durch ungestielte Kutislappen gedekt. Nach 2½—3 Wochen Handbäder und Massage. Die erzielten Erfolge waren sehr gute.

Zur Lehre von der Dupuytrenschen Fingerkontraktur mit besonderer Berücksichtigung der operativen Beseitigung und der pathologischen Anatomie des Leidens von Dr. Janssen (Arch. f. klin. Chir. 67. Bd.).

Dysmenorrhoe. Seine Anschauungen über die Beeinflussung von Genitalleiden durch die nasale Behandlung fasst Dr. Fliess (Berlin) nochmals zusammen. Die Dysmenorrhöe, soweit sie nicht durch Hindernisse am Muttermunde verursacht wird, ist nach Autor gewöhnlich von der Nase aus zu beeinflussen, indem man die Genitalstellen der Nase mit 20% Kokainlösung bepinselt. Diese Genitalstellen sind die beiden unteren Muscheln und die Tubercula septi. Kokainisierung der unteren Muscheln beseitigt den Bauchschmerz, Kokainisierung der Tubercula beseitigt den Kreuzschmerz. Einseitige Anwendung von Kokain behebt nur die Schmerzen der einen Seite. Ätzung der Genitalstellen mit Trichloressigsäure oder Elektrizität beseitigt die Dysmenorrhöe dauernd. Ebenso lässt sich der Schmerz durch Sonderreizung alsbald nach der Kokainisierung wieder hervorrufen. Als Ursache dieser nasalen Dysmenorrhöe sind die Veränderungen anzusehen, die infolge von Infektionskrankheiten an der Nase eintreten, ferner die typischen Veränderungen an der Nase bei jeder Menstruation und schliesslich die Onanie. Diese führt hauptsächlich zu neuralgischen Magenschmerzen, die sich durch Kokainisierung der sogenannten Magenschmerzstelle (linke mittlere Muschel) beeinflussen lassen. Auch andere bei Genitalleiden vorkommende Schmerzen beruhen nicht immer auf nachweislichen Veränderungen an den Genitalien, sondern machen oft „den Weg über die Nase." Der „nasogenitale Connex" macht sich nicht nur in der Schmerzsphäre, sondern, auch bezüglich der Blutungen bemerkbar. Der Geburtsvorgang,

Digitized by Google

der sich als eine modifizierte Menstruation auffassen lässt, ist hinsichtlich der mit ihm verbundenen Schmerzen ebenfalls durch Kokain zu beeinflussen. Die Nase zeigt bei Beginn des Geburtaktes die typischen Zeichen menstrueller Veränderung. Der Wehenschmerz stellt sich als die nasale Dysmenorrhöe dar, die zu dem Geburtsvorgange, als menstruellem Prozess, gehört.

Dr. Lindner verfügt über 30 Fälle von nasal behandelter Dysmenorrhöe; die Patientinnen litten an Adnexerkrankungen, Metro-Endometritis, Parametritis posterior, oder zeigten auch normalen Befund. Die Nasenbefunde waren die gewöhnlichen nur zweimal beobachtete Lindner kombinierte Nebenhöhleneiterung. Die durch Kokainisierung der Nasenschleimhaut erzielten Erfolge waren überraschend, fast jede Kranke liess sich beeinflussen. Für die Existenz einer nasalen Dysmenorrhöe beweisen die Erfolge jedoch nach Lindner nichts, solange das Wie der Wirkung nicht klar gelegt ist. Um festzustellen, inwiefern die günstige Wirkung des Kokain etwa nur suggestiver Natur war, pinselte Lindner auch mit Wasser, u. z. in einzelnen Fällen mit Wissen, in anderen Fällen, ohne dass die Patientin wusste, dass Wasser statt Kokain benutzt wurde. Im ersteren Falle blieb der Erfolg aus, im letzteren Falle trat er ebenso wie bei Kokainanwendung ein. Lindner entnimmt seinen Beobachtungen, dass die Frage der Existenz einer nasalen Dysmenorrhöe in suspenso bleibt. Praktisch ist es natürlich sehr wichtig, dass die nasale Therapie in einer überraschend grossen Anzahl von Fällen von bester Wirkung ist. Das genügt nach Lindner, um ihre ausgedehnteste Verwertung entschieden zu empfehlen, wäre sie auch nur eine verhältnismässig zuverlässige und leicht zu handhabende Anwendungsweise der Suggestion.

Dr. Ephraim (Breslau) konnte in 24 Fällen 18 mal einen ganz eklatanten Einfluss der Kokainisierung der Nase auf die dysmenorrhöischen Schmerzen beobachten. Frauen, welche soeben noch die stärksten Schmerzen hatten, waren 3—5 Minuten nach der Kokainisierung der Genitalstellen der Nase von denselben für die Dauer von mehreren Stunden befreit, und zwar nicht nur beim ruhigen Sitzen, sondern auch beim Gehen, Stehen, Bücken etc. Weniger günstige Erfolge als die Kokainisierung hatte die endonasale Dauerbehandlung der Dysmenorrhöe, welche in der Verödung der Genitalstellen der Nasenschleimhaut besteht.

Dr. Fellner (Franzensbad) lobt die günstige Wirkung der Franzensbader Bäder und Wasser auf die Dysmenorrhöe, die durch angeborene Hypoplasie des Uterus durch spitzwinkelige Anteflexion, durch entzündliche Zustände des Uterus, der Adnexe, des Beckenperitoneums und des Beckenzellengewebes bedingt ist. Auch bei kongestiver und endlich bei nervöser Dysmenorrhöe hat er mit der Balneotherapie vorzügliche Erfolge erzielt.

Über den ursächlichen Zusammenhang zwischen Nase und Geschlechtsorgan von Dr. Fliess (Samml. zwangl. Abh. — Schm. Jahrb. 274. Bd. 5. H.). — Über nasale Dysmenorrhöe von Dr. Lindner (Münch. med. Wochenschr. Nr. 22. — Schm. Jahrb. 275. Bd. 9. H.). — Über die endonasale Behandlung der Dysmenorrhöe von Dr. Ephraim (Allg. med. Zentral-Ztg. — Medico Nr. 12). — Über Dysmenorrhoe und deren Balneotherapie von Dr. Fellner (Prag. med. Wochenschr. Nr. 38).

E.

Eisenpräparate. Das Alboferin ist ein Eisenpräparat, welches neben hohem Eisen- und Eiweissgehalt auch einen hohen Gehalt an Phosphor besitzt. Es wurde von Dr. Fuchs an Prof. Drasches Abteilung in Wien erprobt. Das Mittel, das auch von Kindern stets gerne genommen wurde, wurde in täglichen Dosen von zwei bis drei Kaffeelöffeln, in Milch oder Kakao gelöst, verabreicht oder auch in Form

Digitized by Google

von Tabletten mit Schokoladezusatz. Niemals wurden nach seinem Gebrauch üble Nebenwirkungen beobachtet, weder Schwärzung der Zähne, noch Obstipation, noch Verdauungsstörungen, in den meisten Fällen wurde dagegen eine appetitsteigernde Wirkung konstatiert. Zur Behandlung mit Alboferin wurden Kranke ausgewählt, welche an Chlorose und Anämie litten. In den Fällen von Chlorose wurden weder absolute Bettruhe, noch besondere diätetische Massnahmen verordnet, trotzdem schwanden in den meisten Fällen nach Alboferingebrauch in zwei bis drei Wochen die subjektiven Symptome (Schwindel, Ohnmachten, Kopfschmerzen und Herzklopfen). Gleichzeitig nahm die Zahl der roten Blutkörperchen sowie der Hämoglobingehalt beträchtlich zu, letzterer im Durchschnitt nach vierwöchentlicher Behandlung um 30 %. Hand in Hand mit der Besserung der Blutmischung stieg das Körpergewicht, im gleichen Zeitraum durchschnittlich um 4 kg. Die Störungen am Zirkulationsapparat, wie Herzdilatation, Herzgeräusche, Nonnensausen, wurden gleichfalls erheblich gebessert, auch zeigten sich in einem Falle wieder die Menses, welche zwei Monate lang cessiert hatten.

Das Roborin wird, wie Dr. v. Matzner mitteilt, aus Blut gewonnen, es enthält 0,49 % Eisenoxyd und 78,6 % Eiweissstoffe, vorzugsweise Calciumalbuminat. Es ist ein graugrünes, geruch- und geschmackloses Pulver, das, in Wasser unlöslich, im Magen sofort gelöst wird. Man gibt das Pulver zu dreimal täglich je ½ Kaffeelöffel voll. Es wird gern genommen und gut vertragen, auch von Kindern. Es soll ein zuverlässiges Eisenpräparat sein, den Appetit anregen, die Ernährung heben. Ein besonderer Vorzug ist seine Billigkeit. Eine Roborinkur kann billiger durchgeführt werden, als z. B. eine Kur mit Blaud'schen Pillen.

Dr. Frieser (Wien) empfiehlt das Gude'sche Mangan-Eisen-Peptonals gut bekömmlich und wirksam. Auch in schweren Fällen von Chlorose hat es sich zu drei Esslöffeln täglich wohl bewährt, wenn die Kranken zu Anfang der Kur eine Zeitlang in einem genügend grossen, gut gelüfteten Zimmer fest zu Bett lagen.

Dr. Bass (Wien) gelangt auf Grund seiner mit dem Fersan durchgeführten Versuche zu folgenden Ergebnissen: 1. Dass bei gestörter Magenverdauung, aber freier Pyloruspassage das Fersan, als von der Magenverdauung unabhängiges Präparat, recht gute Dienste leisten kann; 2. dass schon sehr geringe Mengen Fersans genügen, um die dem Eisen spezifische Reizwirkung auf die blutbereitenden Organe auszuüben; 3. als Darreichungsform wäre wohl die in Oblaten oder Schokoladepastillen am ehesten anzuraten; 15 g pro die genügen sicherlich zur Erzielung des Heileffekts.

Perdynamin ist, wie Dr. Kronheim mitteilt, ein animalisches Eiweiss. Es empfiehlt sich bei allen Schwächezuständen und in den Fällen, wo man den Ernährungszustand und die Blutbildung heben will. Auch bei Appetitlosigkeit soll es gute Dienste leisten. Das Erbrechen der Schwangeren wurde in günstigster Weise durch das Mittel beeinflusst. Es ist ein flüssiges Präparat, das rein oder vermischt mit Wein, Tee oder Selterswasser, jedesmal ein Kognakgläschen voll vor der Mahlzeit genommen werden kann.

Prof. Liebreichs (Berlin) Versuche bestätigen, dass Perdynamin ein sehr kräftiges blutbildendes Mittel ist, welches, wie die Erfahrung zeigt, nicht nur gut vom Organismus vertragen, sondern auch gut resorbiert und von den Patienten gerne genommen wird.

Klinische Erfahrungen über Alboferin von Dr. Fuchs (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 9. — Ther. Monatsh. 5. H.). — Das Roborin von Dr. Matzner (Heilk. Nr. 3. — Schm. Jahrb. 276. Bd. 10. H.). — Einiges zur Eisentherapie von Dr. Frieser (Ther. Monatsh. 4. H. — Schm. Jahrb. 274. Bd. 5. H.). — Kasuistischer Beitrag zur Fersantherapie von Dr. Bass (Zentralbl. f. d. ges. Ther. — Prag. med. Wochenschr. Nr. 3). — Perdynamin von Dr. Kronheim (Deutsche med. Wochenschr. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 9. H.). — Über Perdynamin von Prof. Liebreich (Ther. Monatsh. 8. H.).

Ekzem. Dr. Gokieloff hat die Erfahrung gemacht, dass ein vortreffliches Mittel zur Behandlung akuter ekzematöser Ausschläge — solcher nämlich, die

Digitized by Google

durch eine lokale Wirkung reizender Stoffe, besonders antiseptischer Substanz, manchmal auch unter einem einfachen feuchten Verband entstehen — in der Anwendung des heissen Wassers, so heiss wie Patient es nur vertragen kann, bestehe. Der befallene Teil wird in das heisse Wasser mehrmals nacheinander (jedesmal nur auf kurze Zeit) eingetaucht oder man begiesst ihn mit Wasser von genügend hoher Temperatur. Dabei lindert sich zuerst das Jucken, dann schwinden die Entzündungserscheinungen und die Genesung erfolgt rasch. Im Anfangsstadium der Eruption angewandt, sei diese Behandlung fähig, eine Abortivwirkung auf die durch lokale Irritation bedingten Ekzeme auszuüben.

Das heisse Wasser bei der Behandlung des durch Wirkung der Antiseptika entstandenen akuten Ekzems von Dr. Gokieloff (Wratsch. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 35).

Elektrizität. Dr. Schnyder hat Untersuchungen über den Einfluss des galvanischen Stromes auf die Muskelkraft vermittelst eines von Dubois modifizierten Ergographen angestellt und kommt zu folgenden Resultaten. Die Galvanisation des Rückenmarks übt auf die Muskelkraft einen günstigen Einfluss aus, welcher weniger in einer Vermehrung der kilogrammetrischen Arbeit, wie einer Veränderung der Ermüdungskurve zum Ausdruck kommt. Aber dieser günstige Einfluss auf die Muskelkraft stellt keine besondere und eigentümliche Wirkung der elektrischen Erregung dar. Andere auf die Haut applizierte Reize, wie etwa ein Senfpflaster, bringen ungefähr dieselbe Einwirkung auf die Muskelleistung hervor. Schnyder weist darauf hin, dass seine Versuche die Ansicht erschüttern, nach welcher die Einwirkung der Elektrizität auf die Muskelkraft eine direkte und spezifische Wirkung derselben darstellen soll. Vielmehr führen die Versuche darauf hin, an ein allgemeines biologisches Gesetz zu denken, nach welchem die Bewegung das Endresultat jedes Reizes darstellt und demnach jede sensible Reizung sich schliesslich in eine Steigerung der Muskelkraft umsetzt.

Dr. Leduc (Nantes) behauptet auf Grund von an Hunden angestellten Versuchen, dass man durch elektrische Ströme ohne wahrnehmbares Schmerzgefühl die Tätigkeit des Gehirns völlig zum Stillstand bringen kann, ohne dass die Bewegungen der Atmung und des Blutkreislaufes beeinträchtigt werden. Man erhält auf diese Weise einen ruhigen, anhaltenden Schlaf und eine vollständige allgemeine Unempfindlichkeit des Körpers.

Dr. Wertheim-Salomonson (Amsterdam) gelang es durch eine neue Methode, nicht gedämpfte, sehr schnelle Wechselströme zu erzeugen. Wird ein Lichtbogen zwischen mehreren Kohlenspitzen mittelst einer Selbstinduktionsspirale und einem Kondensator passender Grösse kurz geschlossen, dann bemerkt man die Erscheinung des „pfeifenden Lichtbogens". Derselbe entsteht, indem Wechselströme in der Kondensatornebenschliessung hervorgerufen werden, die sich alsdann auf den konstanten Strom superponieren. Die Schwingungszahl ist eine sehr hohe, sie beträgt bis 50000 in der Sekunde. Durch Anbringung einer sekundären Spirale liess Wertheim-Salomonson von diesen Wechselströmen einen induzierten Strom erzeugen, und prüfte denselben auf seine physiologischen Eigenschaften. Er erwies sich dem gewöhnlichen faradischen Strome ganz ähnlich, jedoch erzeugte es bei partieller E.A.R. eine etwas schnellere Erschöpfung des Muskels wie dieses. Auch konnte Wertheim-Salomonson bei einigen Fällen von Lähmung mit diesem Strome einen Tag früher Herabsetzung der Muskelerregbarbeit nachweisen, wie mit dem faradischen. Eigentümlich ist die ausserordentlich geringe Schmerzhaftigkeit der Applikation. Therapeutisch zeigte es sich bei der Behandlung von Lähmungen dem faradischen Strom deutlich überlegen.

Dr. Müller (Zürich) schildert die Prinzipien seiner neuen Behandlungsmethode, der Permea-Elektrotherapie oder elektromagnetischen Therapie. Er teilt verschiedene Beobachtungen mit, auf Grund deren er zu dem Schlusse kommt, dass die bisher wissenschaftlich negierte Eigenschaft der magnetischen

Digitized by Google

Kraft, organische, lebende Körper direkt nachweisbar zu beeinflussen, tatsächlich besteht und dass die beobachteten Erscheinungen (insbesondere die subjektiven Lichterscheinungen) nicht auf die Induktion elektrischer Ströme zurückzuführen sind. Es ist ihm trotz mannigfaltiger Versuche nicht gelungen, nachzuweisen, dass in Flüssigkeiten und organischen Körpern elektrische Ströme durch das magnetische Feld induziert werden. Ferner hat es eine Fähigkeit des magnetischen Feldes, auf organische und anorganische Lösungen und Flüssigkeiten einzuwirken, konstatieren können, eine Eigenschaft, wie sie in ähnlicher Art der Elektrizität in allen ihren bekannten Formen nicht eigen ist.

Dr. Neumann (Wien) berichtet über die therapeutischen Erfahrungen, die er mit der hochgespannten Elektrizität in ihren verschiedenen Formen (Franklinisation, Arsonvalisation, Röntgenstrahlen, monodischer Voltastrom, ultraviolette Strahlen) gemacht hat. Von Allgemeinwirkungen rühmt er besonders die schlafmachende und sedative, von lokalen die anästhesierende und analgesierende, welche sich bei Myalgieen, Neuralgieen etc. vorteilhaft verwenden lässt. Bezüglich der Wirkungen auf den Blutdruck hat er widersprechende Resultate erhalten, bei Stoffwechselerkrankungen sah er keinen Erfolg.

Dr. Hornung (Schloss Marbach) berichtet an der Hand von 560 Fällen über die Erfolge der Elektrotherapie bei Herzmuskelinsufficienz. Die Therapie versagt selbst in den schwersten Fällen nicht, so lange noch der grössere Teil des Gefässsystems elastisch und im stande ist, durch seine Arbeit das Herz zu entlasten. Nicht geeignet für die Behandlung sind Fälle von fortgeschrittener Arteriosklerose. Die Elektrizität wird angewandt in der Form der sinusoidalen Wechselströme, der faradischen Ströme und der Franklinisation. Die Anwendung der einen oder anderen Form ergibt sich nach dem Zustande des Kranken und kann im allgemeinen so präzisiert werden, dass muskelstarke Kranke mit den am stärksten wirkenden Wechselströmen und zwar in Form der elektrischen Bäder behandelt werden, während die mildere faradische und statische Behandlung in verschiedene Abstufungen im Beginn der Kur bei empfindlicheren Kranken angewandt wird. Autor empfiehlt des weiteren an Stelle der mindestens sehr unangenehmen kalten Bäder bei Infektionskrankheiten, wärmere faradische zu setzen, wenigstens in den Fällen, wo die Gefahr einer Gerinnselverschleppung nicht vorliegt, um dadurch einmal die Herzkraft während der Dauer der akuten Erkrankung zu erhalten, sodann aber durch Fortsetzung der Behandlung in der Rekonvalescenz zu gleicher Zeit prophylaktisch zu wirken, weil nach seiner Erfahrung der grösste Teil der zur Behandlung kommenden Herzmuskelinsufficienzen sich an fieberhafte Krankheiten anschliesst.

Dr. Laquerrière und Dr. Delherm, wandten in 28 Fällen von hartnäckiger Obstipation die gynäkologische Elektrotherapie an. Heilungen oder beträchtliche Besserungen erzielten sie in 50% der Fälle. Es machte dabei keinen grossen Unterschied aus, ob die Störung durch ein mechanisches im Becken sitzendes Hindernis zu erklären war, oder ob sie eine andere Ursache hatte.

Dieselben Autoren wandten die Doumersche Methode (konstanter Strom von 50—100 M.-A., die beiden Elektroden in den Fossae iliacae, Dauer 10 Minuten, jede Minute eine Stromwendung) in sicher diagnostizierten Fällen von Enterocolitis muco-membranacea an. Die Erfolge waren vorzüglich: es traten spontane regelmässige Stühle auf, die Membrane verschwanden, etc. Unter 25 Fällen nur ein völliger und zwei teilweise Misserfolge, die hauptsächlich auf Nebenumstände zurückzuführen waren.

Gute Resultate erzielten dieselben Autoren bei den spasmatischen Formen der Konstipation mit dem Watteville'schen Strom: 10 Minuten Dauer, grosse Kathode vorne, grosse Anode in der Lendengegend, 50—100 M.-A., sehr schwacher faradischer Strom.

Dr. Weil rühmt die Elektrotherapie als ein höchst wirksames Unterstützungsmittel der Orthopädie. Er verwendet erstere in allen Fällen von spinaler und cerebraler Kinderlähmung, Little'scher

Digitized by Google

Krankheit, Skoliosen auf rhachitischer Basis und dergleichen mehr. Seine Erfahrungen bei frühzeitig begonnener und lange Zeit konsequent fortgesetzter Behandlung sind sehr günstige. Er verwendet am meisten stabile Galvanisation der gesamten Extremität mit mässigen Stromstärken (nicht über 10 M.-A.), indem er die betreffende Extremität in ein Wasserbad stellt, welches den negativen Pol enthält, während der positive auf den entsprechenden Abschnitt der Wirbelsäule appliziert wird; ferner lokale Faradisationen und Galvanisation der paretischen Muskeln und faradische Hautreizung. Bei Rhachitis wird neben entsprechender Diätetik die stabile Galvanisation des Rückenmarkes (Kathode am Nacken, Anode in einem Fussbad, 10 M.-A.) als tonisierender Faktor herangezogen.

Dr. Fellner (Franzensbad) brachte das elektrische Eisenbad bei Insomnie und bei Neuralgien mit bestem Erfolge in Anwendung. Ferner hält er es für indiziert bei Impotenz der Männer, bei Dysmenorrhöe, wenn sie, wie meist bei Nulliparen, durch einen Krampf des Ringmuskels des Orificium internum uteri veranlasst ist. Sodann sah Verfasser eine auffallende Wirkung bei Harnbeschwerden, sowohl bei Harnverhaltung als auch bei Inkontinenz, besonders bei Inkontinenz infolge Parese des Sphincter vesicae. Verfasser verordnete gewöhnlich 5—6 Bäder: drei galvanische und drei faradische, da er sich noch nicht klar darüber war, ob die einen oder die anderen im gegebenen Falle vorzuziehen waren. Nur bei Sphincter vesicae-Lähmung und Impotenz zog er den faradischen Strom vor, da dieser nicht nur auf die Nervenendigungen, sondern auch auf die Nervenstämme wirkt.

Dr. Schnyder über den Einfluss des galvanischen Stromes auf die Muskelkraft auf dem internationalen Kongresse für Elektrologie und Radiologie zu Bern (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 6. Bd. 7. H.). — Dr. Leduc über Erzeugung von Schlaf und allgemeiner sowie lokaler Anästhesie durch elektrische Ströme ebendaselbst (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 6. Bd. 8. H.). — Dr. Wertheim-Salomonson über eine neue Methode nicht gedämpfte, sehr schnelle Wechselströme zu erzeugen ebendaselbst (Ebendaselbst). — Dr. Müller über das Prinzip der Permea-Elektrotherapie (elektromagnetische Therapie) ebendaselbst (Ebendaselbst). — Dr. Neumann über hochgespannte Elektrizität ebendaselbst (Ebendaselbst). — Dr. Moutier über die therapeutischen Resultate der Arsonvalisation ebendaselbst (Ebendaselbst). — Dr. Hornung über die Elektrotherapie der Herzmuskelinsufficienz ebendaselbst (Ebendaselbst). — Dr. Laquerrière und Dr. Delherm über gynäkologische Elektrotherapie der Obstipation ebendaselbst (Ebendaselbst). — Dieselben über die Behandlung der Enterocolitis mucomembranacea nach Prof. Doumers Methode ebendaselbst (Ebendaselbst). — Dieselben über die Behandlung der spasmodischen Konstipation mit dem Wattewilleschen Strom ebendaselbst (Ebendaselbst). — Dr. Weil über Elektrotherapie und Orthopädie ebendaselbst (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 6. Bd. 7. H.). — Beitrag zu den Indikationen des elektrischen Zweizellenbades (System Prof. Gärtner) von Dr. Fellner (Wien. med. Wochenschr. Nr. 26).

Empyem. Dr. Oloff berichtet an der Hand von 15 Fällen über die Erfahrungen der Heubnerschen Klinik mit der Bülauschen Aspirationsdrainage bei der Empyembehandlung. Es handelte sich um Kinder zwischen 1¼ und 9 Jahren. Sieben Fälle heilten, einer wurde gebessert und einer ungeheilt entlassen, fünf starben an Komplikationen, einer wurde nachträglich reseziert und ungeheilt entlassen. Es wurde die von Curschmann empfohlene Einführung immer weiterer Drains geübt. Das Verfahren ist nicht am Platze, wenn es sich um kleine oder gar multiple Eiteransammlungen handelt. Bei zähem gerinnselreichem Exsudat, welches den Abfluss immer wieder verstopft, ferner in allen Fällen, wo der Zustand des Kranken eine schnelle Entleerung erfordert, so auch bei jauchigem Empyem ist die Resektion vorzuziehen. Ein Vorteil der Heberdrainage liegt in der schnellen Entfaltung der Lunge und lässt sie darum besonders bei ausgedehnter Affektion des Organes angezeigt erscheinen. Bei technisch guter Ausführung lässt sich Pneumothorax sicher vermeiden.

Prof. Jordan (Heidelberg) behauptet, dass in der Mehrzahl der Fälle von Empyem der hintere Thoraxraum Sitz der die Fistel unterhaltenden Eiterhöhle ist und betont deshalb Jordan, dass für die unter die Scapula sich erstreckenden Fistelgänge die Esthlandersche Methode nicht in Frage kommen kann und nur die Schedesche Methode die Freilegung der hinteren Fistel-

Digitized by Google

kanäle ermöglicht; erstere hat deshalb nur beschränkte Indikation, da sie nicht erhebliche Retraktion voraussetzt und nur bei partiellen vorderen oder seitlichen Empyemen tunlich ist, beim Gros der wirklich veralteten Empyeme ist die Simon-Esthlandersche Methode deshalb unzulänglich, da man ohne breite Eröffnung der Eiterhöhle überhaupt nicht im stande ist, die Grenzen der letzteren zu bestimmen. Die praktische Erfahrung hat die Richtigkeit der Schedeschen Annahme, dass die verdickte Pleura costalis ein Hindernis für die Heilung ist, bestätigt und legt Jordan speziell grosses Gewicht auf die vorgängige genaue Diagnose der intrathorazischen Verhältnisse und sieht in einem Vorakt, d. h. Explorativschnitt (Resektion der zwei an die Fistel angrenzenden Rippen nebst Pleuraschwarte) das einzige zuverlässige Mittel hierzu. Nach Jordan verdient die Schedesche Vorschrift der Bildung eines Hautmuskellappens mit oberer Basis den Vorzug vor anderweitigen Modifikationen und ist in der Mehrzahl der Fälle die Schnittführung, die das Schulterblatt in den Lappen einbezieht, deshalb zweckmässig, da die Ausheilung gerade durch Höhlenbildungen an der Hinterseite oft verhindert wird. Jordan hält es für zweckmässig, den Lappen etwas grösser zu machen, als den Grenzen des späteren Knochendefektes entspricht, der Allgemeinzustand (speziell der Zustand von Lunge und Herz) muss entscheiden, ob die Resektion des Thorax in einem Zug mittelst einer starken Schere oder schonender (nach Schede) in zwei Abteilungen zuerst als subperiostale Rippenresektion und dann Durchtrennung der Zwischenrippenräume und Pleuraschwarte ausgeführt wird. Die Resektion der Brustwand soll also so weit ausgedehnt werden, bis die Empyemhöhle von jeglicher Knochenüberdachung befreit ist, das Zurückbleiben eines einzelnen eine Hohlraumbildung ermöglichenden Rippenstückes kann bei starker Retraktion der Lunge den Erfolg vereiteln. Jordan vermeidet die Anwendung von Antisepticis bei der Operation und empfiehlt Kombination der Schedeschen Operation mit der Delormeschen Entrindung, in welch letzterer er eine den Erfolg unterstützende Methode sieht, die in jedem Fall von schwartiger Degeneration der Lungenpleura versucht werden sollte. Wenn auch zugegeben wird, dass die Thoraxresektion einen recht schweren Eingriff darstellt, so hatte Jordan doch bloss einen Todesfall unmittelbar nach der Operation zu verzeichnen, von 19 statistisch verwertbaren Fällen wurden 12 völlig geheilt, 2 sind als fast geheilt zu betrachten, 11 wurden wieder arbeitsfähig. Bei der nach Jahren angestellten Nachuntersuchung ergab sich die Tatsache, dass der durch die Operation gesetzte Knochendefekt in acht Fällen vollkommen regeneriert war, und kann deshalb bei Kindern, falls die Indikation vorliegt, die Thoraxresektion um so eher vorgenommen werden und soll deshalb besonders im Kindesalter der richtige Zeitpunkt zur Ausführung der Operation nicht versäumt werden, da die Regeneration nur dann zu idealen Heilresultaten führt, wenn die retrahierte Lunge sich ausdehnen kann. Bei tuberkulösen Empyemfisteln sind nach Jordan die Chancen des Eingriffs im ganzen sehr gering, die Operation sollte nur in einzelnen, besonders günstig gelagerten Fällen und bei gutem Allgemeinzustand ausgeführt werden.

Dr. Israel (Hersfeld) verfährt bei der Operation von Pleuraempyemen folgendermassen: Er reseziert die neunte Rippe vom Winkel ab in einer Länge bis 6 cm, macht dann einen kleinen Einstich zur Entleerung von beträchtlicher Eitermenge, um die Narkose tiefer und ohne Gefahr anwenden zu können. Diese Öffnung wird durch Jodoformtampon geschlossen, auf den horizontalen Schnitt ein vertikaler bis zur elften Rippe gesetzt, die zehnte Rippe in einer Breite bis 4 cm vom Rippenwinkel ab reseziert. Hierauf Einführung des Fingers in den erweiterten Pleuraschnitt im Resektionsraum der neunten Rippe und auf dem Finger, der das Hinaufschlagen des Zwerchfells beim Eiterabfluss sondiert, Durchschneidung des neunten Interkostalraums der Pleura und des Periosts der zehnten Rippe und Durchtrennung des zehnten Interkostalraums so weit, dass das Messer $^3/_4$ cm vom Ansatz des Zwerchfells entfernt bleibt. Dann Unterbindung der

Digitized by Google

blutenden Gefässe. Die Öffnung des Pleuraraumes ist so eine torartige, namentlich wenn die horizontale Öffnung an der oberen Partie der neunten Rippe ausgiebig gemacht ist. Verfasser hat dies Operationsverfahren bisher in zehn Fällen ausgeübt und keine Nachteile dabei gesehen. Dabei hat es folgende Vorzüge: 1. vollständigste Entleerung; 2. minimalste Sekretion; 3. Verhinderung einer jeden Erstickungsgefahr bei Kommunikationsöffnungen der Bronchien; 4. Fehlen des lästigen Hustenreizes; 5. fieberlose raschere Heilung; 6. Unnötigsein der Drainage; 7. leichtere Beherrschung der Blutung, die bei rasch sich ausdehnender Lunge aus dem Pleuraüberzuge derselben stattfindet.

Über die Bülausche Aspirationsdrainage bei der Empyembehandlung von Dr. Oloff (Jahrb. f. Kinderheilk. — Ther. d. Gegenw. 12. H.). — Thoraxresektionen bei Empyemfisteln und ihre Endresultate von Prof. Jordan (Beitr. z. klin. Chir. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 36). — Beitrag zur Behandlung der Empyeme von Dr. Israel (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 47).

Endometritis. Dr. Fischer (Karlsbad) bedient sich bei der Endometritis einer von ihm selbst konstruierten Spritze, welche die zur Behandlung bestimmte Flüssigkeit in Form eines fein verteilten Spray an sämtliche Stellen des Endometriums zu bringen vermag, wovon sich Fischer an Leichenexperimenten überzeugte. Er verwendete Jodtinktur, 10% Chlorzinklösung, heisses Wasser von 40 bis 60° C. Fischer ist der Meinung, dass 1. die Intrauterinätzung bei chronischen Gebärmuttercatarrhen der einzige Weg zur radikalen Heilung ist; 2. dass die Ätzungen aseptisch und nur mit kleinen Quantitäten, die aber durch den feinen Spray jeden Teil der kranken Schleimhaut treffen und zerstören, vorgenommen werden dürfen, wie dies nur mit der von ihm konstruierten Kanüle möglich ist; 3. dass der heisse Wasserspray sich als vorzügliches blutstillendes Mittel bewährt hat und 4. dass der Spray sich wie kaum eine zweite Methode zur Behandlung des faltenreichen Halskanals und vielleicht 5. zur Behandlung der Blenorrhoea vaginae im Kindesalter eignet.

Dr. Flatau (Nürnberg) behandelt die Endometritis catarrhalis und deren lästigstes Symptom den Fluor, mit Formalin. Notwendig ist zur erfolgreichen Behandlung ein gutes, selbsthaltendes Spekulum — das Neugebauersche oder das von Trelat-Cusco, wenn die Löffel desselben um 1½–2 cm kürzer sind, als die käuflichen —, eine kräftig und sicher fassende Hakenzange. Als Atzmittelträger ist Mengesche Hartgummisonde unübertroffen, wie überhaupt dessen Instrumentarium die stete Asepsis der Behandlung garantiert. Flatau ätzt mit 25–50% Formalinlösung und wiederholt dieselbe alle sechs Tage. Die Resultate sind überraschend günstig.

Prof. Franke (Braunschweig) betrachtet bei Erkrankungen des Endometrium den Cervixkanal als Fistel, die zu dem kranken Herde führt. Von dieser Auffassung ausgehend versuchte er die Uterushöhle durch Einlegen eines 7–8 cm langen Drainrohres dauernd weit zu erhalten. Das Rohr wurde in die Länge gezogen eingeführt und hielt die Uterushöhle auseinander, nachdem es in ihr seine natürliche Form wieder angenommen hatte. Das Drainrohr wurde an die Muttermundslippen mit einem Seidenfaden angenäht. Vorher war der Muttermund durch 11—15 discidierende Schnitte erweitert worden. Franke teilt zwei Fälle mit, in denen er seine Methode mit Erfolg angewandt hat.

Dr. Fischer über intrauterine Therapie mit luftfreiem Spray auf der deutschen Naturforscherversammlung zu Karlsbad (Ther. d. Gegenw. 11. H.). — Dr. Flatau über die Behandlung der Endometritis in der Nürnberger medizinischen Gesellschaft und Poliklinik (Münch. med. Wochenschr. Nr. 7). — Dilatierende Dauerdrainage des Uterus zur Behandlung der Endometritis und Dysmenorrhöe, insbesondere bei Stenose der Cervix von Prof. Franke (Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. — Schm. Jahrb. 273. Bd. 1. H.).

Enteroptose. Prof. Stiller (Budapest) hat bekanntlich die Lehre aufgestellt, dass ein enger Zusammenhang zwischen einer beweglichen zehnten Rippe und der Enteroptose besteht. In manchen Fällen erscheint auch die neunte Rippe beweglicher als normal, und in seltenen extremen Fällen ist sogar ein Fehlen der zwölften Rippe zu konstatieren. Diese Anomalie der Rippen ist nach

Digitized by Google

den Erfahrungen des Verfassers ein wichtiges kongenitales Stigma einer ungemein haufigen konstitutionellen Krankheit, die sich im ganzen Habitus verrät; es ist ein paralytischer, mit zartem Skelett, langem Thorax, weiten Interkostalräumen, spitzem epigastrischen Winkel, schwacher Muskulatur und fehlendem Panniculus. Vor allem indiziert nach Verfasser das Kostalzeichen den atonischen Habitus; ferner ist es ein Stigma der Neurasthenie; ferner verrät es eine angeborene dyspeptische Schwäche; endlich geht es mit geringerer oder stärkerer Ptose der Bauchorgane einher. Das Kostalzeichen ist jedoch nur der Index einer bestimmten Art von Neurasthenie: es gibt daneben noch cerebrale, spinale und andere Arten von Neurasthenie, welche damit nichts zu tun haben; das Kostalzeichen findet sich nur bei der dyspeptischen Neurasthenie, d. h. bei allgemeiner Neurasthenie, die innig mit dyspeptischen Störungen verbunden ist. Nun ist nach Verfassers Beobachtungen diese nervöse Dyspepsie fast immer von Enteroptose begleitet; es handelt sich eben um eine allgemeine Konstitutionsanomalie, die in einer Atonie des ganzen Organismus, besonders der Baucheingeweide, auch Asthenie des Nervensystems besteht (Asthenia universalis congenita.) Auch die meisten Fälle der sog. Reichmannschen Krankheit ist stets von Senkung der Bauchorgane begleitet und stellt den exzessivsten Grad der die Enteroptose fast normaliter begleitenden Hyperacidität dar. Die Enteroptose ist nicht, wie Glénard meint. eine durch rein äussere traumatische Faktoren hervorgerufene, rein anatomische Krankheit, sondern eine angeborene, oft ererbte konstitutionelle Affektion. Äussere Einflüsse sind nur Gelegenheitsursachen, welche die angeborene atonische Disposition zur Ausbildung bringen. Diese durch das Kostalstigma gekennzeichnete Form der Enteroptose, ist beim männlichen Geschlecht nur in mässigem Prozentsatz geringer als beim weiblichen vertreten; die Landausche Enteroptose, wo nach vielen Geburten der Hängebauch mechanisch das Herabsinken das Eingeweide bewirkt, ist von der konstitutionellen Enteroptose ganz verschieden. Sie betrifft oft kräftige, wohlgenährte Frauen, bei denen sowohl das Kostalstigma als auch der ganze neurasthenisch-dyspeptische Symptomenkomplex fehlt. Es gibt Fälle, wo aus dem Gesamtbild der Enteroptose ein einzelner Faktor derselben sich zu exzessiver Höhe entwickelt und dann als gleichsam selbstständig gewordene Krankheit betrachtet und behandelt werden muss, so z. B. kann die Hyperacidität sich zum Magensaftfluss potenzieren und eine besondere Therapie verlangen, so kann die Beweglichkeit der Niere im Einzelfall so bedeutend werden, dass sie zur Torsion des Ureters und der Nierengefässe führt und dadurch Hydronephrose und schwere Kreislaufstörungen des Organs hervorrufen kann; dann ist die Nephrorrhaphie am Platze. Am häufigsten differenziert sich die Atonie und Ptose des Magens zu hochgradiger Ektasie; dann muss das Leiden besonders behandelt werden. Verfasser macht noch darauf aufmerksam, dass Menschen, welche mit dem Kostalzeichen behaftet sind, sich durch mangelnde Widerstandskraft gegenüber sonst geringfügiger Leiden auszeichnen, dass sie z. B. durch den Reiz einer Taenie oder durch psychischen Shock in einen Zustand schwerer Ernährungsstörung und tiefer Neurasthenie geraten können. Ferner haben neuere anatomische Untersuchungen ergeben, dass die Spitze des zehnten Rippenknorpels mit dem neunten nicht knorpelig, sondern durch ein Ligament verbunden ist. In normalen Fällen beträgt die Entfernung der Spitze des zehnten Rippenknorpels von dem neunten $^1/_2$—1 cm; in Fällen mit Gastroptose dagegen $1^1/_2$—3 cm. Operative Eingriffe bei dieser Art von Enteroptose widerrät Verfasser im allgemeinen als wertlos; am Magen soll man nur dann operieren (Gastroenterostomie, Gastropexie oder Gastroplikation nach Bier), wenn die Ptose und die daraus resultierende Ektasie zu einer so schweren Störung der motorischen Funktion des Magens geführt hat, dass sie das ganze Krankheitsbild beherrscht.

Dr. Kumpf (Millstadt) glaubt einen für Nephroptose charakteristischen Schmerzpunkt gefunden zu haben: bei Druck auf die hintere Bauchdecke mit ausgestreckten Fingern in der

Digitized by Google

Höhe einer Linie, die vom Nabel bis zur höchsten Kurvatur des Rippenbogens gezogen ist. Kumpf sieht die Nephroptosis als einen Folgezustand der Senkung des Dickdarms an, dessen Verlauf palpatorisch genau festzustellen ist, wenn er auf mechanische Reize durch Kontraktion reagiert. Kumpf hat die so ermittelte Lage des Kolons stets durch Aufblähung per rectum konrolliert. Die Nephroptose hat er bei 300 Untersuchungen bei Lebenden in 32% gefunden, immer häufiger werdend mit dem Ansteigen des Lebensalters. Das letztere hat sich auch bei Leichenuntersuchungen bestätigt gefunden, wo sich Nephroptose in 42% fand. Nicht die Flexura hepatis ist dasjenige Stück des Kolon, das sich am häufigsten senkt, sondern das Mittelstück des Querkolons.

Dr. Aufrecht (Magdeburg) betont gleichfalls die grosse Häufigkeit des Glénardschen Krankheitsbildes, das in der Praxis noch lange nicht genügend bekannt und gewürdigt sei. Er findet es bei 80 bis 85% seiner Patienten.

Zur Lehre der Enteroptose und ihres Kostalzeichens von Prof. Stiller (Deutsche med. Wochenschrift Nr. 21 u. 22). — Dr. Kumpf und Dr. Aufrecht über Pathologie und Therapie der Enteroptose auf der deutschen Naturforscherversammlung zu Karlsbad (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 94).

Enuresis. Bei der Enuresis nocturna handelt es sich nach Dr. Walko um eine Hemmungserscheinung psychischer Natur eines an sich normal entwickelten Organes und nicht um Entwickelungsstörung oder Muskelschwäche. An Prof. v. Jakschs Klinik in Prag hatte Verfasser Gelegenheit in mehreren Fällen die kombinierte Massage anzuwenden, die bei drei- bis fünfmaliger Applikation zu einer dauernden Beseitigung des Leidens führte. Die Massage wurde derart ausgeführt, dass der Patient entweder in Rückenlage oder in Knieellenbogenlage gebracht wurde, dann die eine Hand oberhalb der Symphyse dem in das Rektum eingeführten Zeigefinger der anderen Hand entgegengedrückt. Nun wurden durch ca. vier bis fünf Minuten eine leichte Massage des Blasenhalses durch kreisende Bewegung oder längs- und querlaufende Streckung ausgeführt. Verfasser empfiehlt dieses Verfahren nicht nur bei Enuresis, sondern auch zur Behandlung der Harninkontinenz durch andere Ursachen, z. B. Spinalleiden, da es leicht auszuführen ist, keine grösseren Behelfebedarf und in relativ kurzer Zeit von günstigen Erfolgen begleitet ist.

Über die Behandlung der Enuresis von Dr. Walko (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 6. Bd. 6. H.).

Epikarin. Dr. Szabóky hat das Epikarin an der dermatologischen Klinik zu Budapest mit bestem Erfolge gegen Scabies angewandt. Die Geruchlosigkeit, Ungiftigkeit des Epikarins bei seiner stark milbentötenden Wirkung, der Umstand, dass es die Wäsche nicht beschmutzt, sind bedeutende Vorzüge dieses Mittels. Auch bei den durch andere Epizoen (Pediculi, Pulices, Cimices) hervorgerufenen Hautausschlägen hat sich nach den Angaben des Verfassers die 10%ige Epikarinsalbe gut bewährt. Überraschende Erfolge erzielte Verfasser bei Prurigo, wobei trotz Einwirkung des Mittels auf grosse Flächen niemals Nierenreizung eintrat. Bei Pityriasis versicolor und rosea zeigte sich der 10%ige Epikarinspiritus nur in den Fällen mit kleinen, umschriebenen Plaques von guter Wirkung. Bei Pruritus universalis und senilis war der Erfolg nur ephemer.

Über den Heilwert des Epikarins von Dr. Szabóky (Heilk. — Ther. Monatsh. 5. H.).

Epilepsie. Epilepsie und Hysterie sind nach Prof. Hoche (Strassburg) prinzipiell verschiedene Neurosen; die reine Hysterie ist funktioneller Natur in dem Sinne, dass sie eine pathologische Anatomie weder besitzt, noch jemals besitzen wird. Die Epilepsie ist funktionell nur in dem Sinne, dass wir die ihr zu grunde liegenden Veränderungen noch nicht kennen. Ein gewisser Teil der Fälle von Epilepsie und Hysterie macht differential-diagnostische Schwierigkeiten, vor allem in den mit Bewusstlosigkeit einhergehenden Anfällen. Für die Majorität dieser Fälle besteht bei genügender Sachkunde auf Grund konstanter Symptome oder Symptomkombinationen kein Zweifel über die

Digitized by Google

Diagnose. Bei einer kleinen Minorität lassen sich aus dem Anfall selbst keine sicheren differential-diagnostischen Anhaltepunkte gewinnen. Es gibt kein Symptom, welches mit absoluter Sicherheit den epileptischen Charakter eines Anfalles bewiese, auch nicht Zungenbiss und aufgehobene Lichtreaktion der Pupille. Die hysterische Pupillenstarre ist keine eigentliche Störung des Reflexbogens, sondern Unbeweglichkeit der Pupille infolge abnormer Zustände der inneren Augenmuskeln. Aus der Tatsache der Unmöglichkeit, einzelne Fälle differential-diagnostisch unterzubringen, ist die Existenz einer echten Hysterieepilepsie nicht abzuleiten. Abgesehen von anderen Kombinationen ist mit der Möglichkeit zu rechnen, dass die Hysterie, ohne aus ihrem Rahmen zu fallen, den dem epileptischen Anfall zu grunde liegenden zentralen Vorgang auszulösen vermag, ebenso wie dieser, ohne dass es sich um genuine Epilepsie handelt, auch durch andere Umstände ausgelöst werden kann. In allen differentialdiagnostisch zweifelhaften Fällen sind Verlauf und dauernde Eigentümlichkeiten wesentliche Hilfsmomente.

Dr. Reich und Dr. Ehrcke (Wuhlgarten) haben mit dem Bromokoll, einer Verbindung von Brom mit Leim und Tannin bei Epileptischen ausgedehnte Versuche angestellt. Verabreicht wurde es in Dosen anfangs von dreimal täglich 3 g, dann wurde schnell auf 20 g und weiter langsam auf 50 g gestiegen. Die Leistungen des Mittels waren dieselben wie die des Bromkali. Vom Verdauungsapparate wurde es gut vertragen, Bromakne trat nebst bei Verabreichung grosser Mengen auch bei disponierten Kranken nur ausnahmsweise und nur leicht auf. Das Mittel sollte vor allen Dingen in den Fällen versucht werden, in denen die Bromsalze nicht vertragen werden. Der verhältnismässig billige Preis des Mittels dürfte seiner Einführung in die Praxis förderlich sein.

Dr. Pantschenko (St. Petersburg) verwendete gegen Epilepsie das Cerebrinum-Poehl, ein Gemenge der drei im Gehirn enthaltenen Cerebroside, welches sowohl zum inneren Gebrauch in Form von Pulvern und Tabletten, als auch in Form einer besonders hergestellten sterilisierten Lösung in zugeschmolzenen Glasampullen zu subkutanen Injektionen empfohlen wird. Besonders geeignet für die Cerebrinbehandlung sind nach Pantschenko diejenigen Epileptiker, die entweder keine Bromtherapie durchgemacht haben oder die Behandlung mit Cerebrin erst längere Zeit nach der Brombehandlung, d. h. nach vollständiger Ausscheidung des Brom, beginnen. Die Wirkung erfolgt bei subkutaner Einführung rascher wie bei innerlichem Gebrauch, im übrigen besteht ein Unterschied nicht. Eine besondere Diät ist nicht erforderlich, es genügt eine gewisse Einschränkung des Fleischkonsums und Bevorzugung von Milch und Vegetabilien.

Auch Dr. Lion (Samara) hat vom Cerebrinum-Poehl in 20 Fällen von Epilepsie recht gute Erfolge gesehen. Epileptische Charakterzüge, Umnebelungen und Dämmerungen, Aggressivität, Affekte, hallucinatorische Delirien u. s. w. schwanden fast vom ersten Tage und wiederholten sich in der Folge garnicht oder sehr selten und im minimalen Grade. Aus gefährlichen Subjekten wurden zahme und gutmütige Individuen und die ganze psychische Gestalt änderte sich merkwürdig. Statt eines stupiden und dissozialen Kranken sah Autor einen mehr oder minder normalen Menschen. Aber auch das „petit mal," und die Krampfanfälle werden in allen Fällen bedeutend schwächer, wiederholen sich viel seltener und verklingen allmählich. In Fällen, wo die Anfälle besonders gehäuft und intensiv erschienen, hielt er für zweckmässig, das Opocerebrinum mit der Bálintschen Bromdiät zu kombinieren. Da verschwanden die Anfälle fast plötzlich. Autor meint, dass das Opocerebrinum (in Dosen von 0,20 bis 0,30 pro dosi, 0,40—0,60 pro die) in allen Fällen von Epilepsie bis zur völligen Heilung, d. h. mindestens während einiger Monate, mit kurzen Unterbrechungen, gebraucht werden soll, dagegen die Bromdiät (2,3—3,0 Natrii bromati pro die) nur in Fällen mit starken und öfteren Krampfanfällen und nicht länger, als drei bis vier Monate.

Dr. Hoppe hat das Dormiol bei Kindern zur Bekämpfung des Status

Digitized by Google

epilepticus angewandt. Die meisten der betreffenden Kranken gehörten zu den Epileptikern, deren Krankheit anscheinend auf einer organischen Affektion des Gehirns beruht, bei denen also der einzelne Anfall im allgemeinen schwerer ist und das Leben mehr gefährdet, als die Anfälle bei der sog. genuinen oder idiopathischen Epilepsie. Das Dormiol wurde den Kranken per rectum appliziert, und zwar von einer Lösung von 10:150 zwei bis drei Esslöffel in $^1/_4$—$^1/_3$ Liter lauwarmen Wassers. Die rektale Anwendung machte keine Schwierigkeiten und wirkte prompt; in durchschnittlich 20 Minuten hörte der Anfall auf und es schloss sich ein vielstündiger Schlaf daran an. Nach Verfasser wird man das Dormiol bei der Epilepsie nur da erfolgreich anwenden, wo die strenge Indikation vorhanden ist, dem erschöpften Organismus für einige Zeit Ruhe zu verschaffen, d. i. bei gehäuften Anfällen und beim Status epilepticus.

Dr. Strasser (Wien) hält die Anwendung von hydriatischen Prozeduren bei Epilepsie für nützlich und will — allerdings in leichteren Fällen — durch Wasseranwendung eine Verminderung sowohl in Zahl und Intensität der Anfälle gesehen haben. Im Vordergrunde stehen Halbbäder von 30—26° C. in der Dauer von 6—10 Minuten, dann kommen in Betracht Kühlapparate auf den Kopf oder den Rücken. Die feuchten Einpackungen jedoch haben vor den Halbbädern keinen merklichen Vorzug. Die Vorteile der Hydrotherapie liegen jedoch nicht in der Bekämpfung der epileptischen Anfälle, sondern in der Beeinflussung des Ernährungs- und Geisteszustandes des Kranken, sowie dessen Ausscheidungsfunktionen und endlich in dem sehr wichtigen Umstande, dass man durch die Hydrotherapie die schädlichen Nebenwirkungen der Brommedikation, die man in jedem Falle neben der Hydrotherapie einleiten soll, zu paralysieren in der Lage ist. Winternitz und seine Schüler heben hervor, dass bei kombinierter Behandlung — Hydrotherapie und Brom — eine starke Reduktion der Bromdosen möglich ist. Man geht vom Beginne der hydriatischen Behandlung langsam herunter; in leichten Fällen sogar bis zu 1,0 g pro die und ist in der Lage, nur von dem am wenigsten Bromismus verursachenden Bromnatrium Gebrauch zu machen. Dass man durch Hydrotherapie auf die im Verlaufe von Epilepsie sich ausbildende Anämie günstigen Einfluss üben kann, ist nicht zu leugnen; ebenso offenbar ist der Einfluss auf das Bromexanthem dadurch, dass die Haut rein gehalten wird, denn das Exanthem ist ja nur die Folge des Reizes, den das durch die Talgdrüsen ausgeschiedene Brom auf diese ausübt. Auch auf die dyspeptischen Erscheinungen kann man hydrotherapeutisch guten Einfluss üben und so den Appetit und den Ernährungszustand des Patienten bessern. Endlich ist noch zu erwähnen, dass unter Hydrotherapie eine leichtere Ausscheidung des Broms stattfindet und so Bromismus hintangehalten wird.

Die Differentialdiagnose zwischen Epilepsie und Hysterie von Prof. Hoche Berlin, Verlag von Aug. Hirschwald 1902. (Schm. Jahrb. 276. Bd. 11. H.). — Bromokoll, ein neues Brommittel in der Behandlung der Epilepsie von Dr. Reiche und Dr. Ehrcke (Ther. Monatsh. 2. H.). — Cerebrinum Poehl gegen Epilepsie von Dr. Pantschenko (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 71). — Über eine neue Behandlungsmethode der genuinen Epilepsie von Dr. Lion (Berl. klin. Wochenschr. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 2. H.). — Die Anwendung des Dormiols bei Epileptikern von Dr. Hoppe (Münch. med. Wochenschr. Nr. 17. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 40). — Physikalische Therapie der Epilepsie von Dr. Strasser (Blätter f. klin. Hydrother. 6. H. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 10. H.).

Erfrierung. Gegen die durch Erfrierung verursachte bleibende Röte im Gesicht, gegen venöse Ektasie an Nase, Wangen, Schläfen, Kinn hat man nach Prof. Lassar (Berlin) in der Art therapeutisch einzuschreiten, dass man eine Verödung und Schrumpfung der pathologisch neuformierten Gefässausbuchtungen herbeizuführen versucht. Dies kann man bei oberflächlichem Sitz des Leidens durch die Schälung erreichen, indem man sich zweckmässigerweise folgender Paste bedient:

Rp. β Naphthol	10,0
Sulfuris sublimati	40,0
Vaselini flavi americani	25,0
Saponis viridis puri	25,0

M. f. pasta. S. Schälpaste.

Digitized by Google

Dieselbe wird einmal oder mehrere Male wöchentlich etwa eine halbe bis eine Stunde aufgelegt und hernach trocken abgewischt. Allmählich gewöhnt sich die Haut an den Reiz. Die Applikation kann dann öfter und länger erfolgen. Ein Schaden erwächst aus der Anwendung niemals. Vorübergehende Irritation geht unter Streupulver (Talcum) oder nächtlicher Bestreichung mit:

Rp. Zinci oxydati purissimi 30,0
Olei provincialis 20,0
M. fiat pasta mollis

oder der Pasta salicylica in wenigen Tagen zurück. Bei einigermassen ausgeprägten Fällen wirkt nur die Stichelung. Zu diesem Zwecke hat Lassar eine Viel-Punktnadel konstruiert. Wichtiger jedenfalls als die Behandlung derartiger Nachwehen ist diejenige der akuten Erfrierungen selbst. Die Oberfläche ist vor allem aseptisch zu machen, und zwar am einfachsten in antiseptischen und Seifenbädern. Dann kommt als sehr empfehlenswert die trockene Pulver-Therapie (Bardenlebensche Bismuth-Binden) in Betracht. Allerdings ist stete Kontrolle nötig, um etwaige Kältegangrän oder feuchte Fäulnis nicht zu übersehen. Als ein exquisit fäulniswidriges Mittel ist das Anilinblau, das Pyoctanin, ungemein nützlich. Ist Eiterung eingetreten, so müssen Erfrierungen gerade so behandelt werden, wie andere infizierte Wunden auch. Eine spezifische Behandlung gibt es hier nicht. Die leichteren Frostreaktionen, die Perniones, sind für die Salbenbehandlung sehr zugänglich. Am meisten hat sich Lassar hier folgende Formel sowohl für geschlossene, wie offene Frostbeulen bewährt:

Rp.: Unguenti plumbi
Vaselini flavi āā 40,0
Ol. olivarum 20,0
M. c. acid. phenylic. 2,0
Adde ol. Lavandul. gutt. XXX.
f. unguent. S. Frostsalbe.

Als kausale Therapie kommen für Leute, die an roten Händen etc. als Kältefolge laborieren, Finger- und Zehen-Übungen, sowie Massage in Betracht. Man lasse die Patienten dreimal täglich durch je fünf Minuten folgende Bewegung ausführen: Die Hände werden in Schulterhöhe senkrecht emporgehoben und dann bei losem Handgelenk die Fingerspitzen in erst langsamem, dann immer schneller werdendem Tempo von hinten nach vorn geschlenkert, bis das Gefühl entsteht, als knete man ein Luftkissen. Hierbei tritt eine fast vollständige Entleerung der Blutgefässe ein.

Über Erfrierung von Prof. Lassar (Ther. d. Gegenw. 1. H.).

Erkältung. Die Entstehung von Kongestionen, Katarrhen, Entzündungen u. s. w., die man als Erkältungskrankheiten zu bezeichnen gewohnt ist, erklärt Prof. Rosenbach (Berlin) dadurch, dass die auf die Haut aufprallenden Stösse der Aussenluft gleichsam mit dem Blut- auch den Wärmestrom aus der Haut nach dem Innern des Körpers pressen oder wenigstens seinen Eintritt in die erstere erschweren so, dass es zu Wärmestauung im Gebiete des einen oder andern der inneren Organe kommt. Namentlich bei Individuen, die zur Erkältung disponiert sind, d. h. bei solchen, bei denen entweder die Haut sehr kompressibel ist oder bei denen schon eine geringe Störung des Wärmehaushaltes auf dem Reflexwege eine direkte Veränderung der Gewebsarbeit bewirkt, müssen oft wiederholte starke Stösse kalter Luft als unerfüllbare Anforderungen an die ausgleichende Organarbeit, als Ursache wesentlicher Störungen für die Wärmeökonomie der beteiligten Gewebe betrachtet werden. Die Ergebnisse der neueren meteorologischen Untersuchungen beweisen, dass innerhalb der eigentlichen Schwankungen des Atmosphären- bezw. Luftdruckes weitere Oscillationen verschiedenster Richtung und Stärke innerhalb der Luftsäule mittelst eines ingeniösen und wohlfeilen Apparates — des Variometers von Hefner-Alteneck — registriert werden können. Dieser für rein wissenschaftlich meterologische Beobachtungen ebenso wie für praktisch-hygienische Zwecke äusserst wertvolle Apparat demonstriert auch dem ungeschulten Beobachter in frappanter Weise, welche ungemein grosse Zahl von Schwankungen resp. Wellen in der Atmosphäre den Organismus auch innerhalb der Perioden beeinflusst, in denen die ge-

Digitized by Google

bräuchlichen Barometer entweder gar keine oder (mit der Lupe) nur äusserst geringfügige Schwankungen erkennen lassen. Die durch das Variometer leicht zu konstatierende Tatsache, dass auch unter gewöhnlichen Verhältnissen im geschlossenen Zimmer und innerhalb einer durch keine nachweisbaren Schwankungen des Barometers markierten Periode häufige — und bei stärkerer Luftbewegung oder kälterer Witterung sogar enorm grosse und zahlreiche — „Partialstösse" stattfinden, ist also vielleicht besonders geeignet, Aufschlüsse darüber zu gewähren, warum bei gewissem Witterungscharakter die sog. Erkältungskrankheiten so häufig auftreten und warum empfindliche Personen sogar im Zimmer vielfach affiziert werden, „sich erkälten", d. h. wesentliche Störungen der Wärmeökonomie erleiden.

Die Bedeutung kleinerer Schwankungen des atmosphärischen Druckes für den menschlichen Organismus von Prof. Rosenbach (Münch. med. Wochenschr. Nr. 17. — Ther. Monatsh. 12. H.).

Ernährungstherapie und Diätetik. Dr. Rosenfeld (Breslau) hat, um festzustellen, dass aus Eiweiss kein Fett gebildet wird, Untersuchungen an Copepoden, Echinodermen und Diatomeen angestellt. Auch in dieser Welt von Organismen hat Autor keine Tatsache gefunden, welche die Entstehung des Fettes aus Eiweiss plausibel machte: und das bedeutet um so mehr, als in der Meeresfauna die eine Entstehungsart des Fettes, die aus Kohlhydraten, so gut wie ausgeschlossen ist, und das Depotfett fast nur aus dem Fette der Nahrung hergeleitet werden kann. Seinen depositären Charakter hat es in der grossen Befähigung zur Ansatzbildung und seiner weitgehenden Unveränderlichkeit auch in diesen Untersuchungsgebieten nicht vermissen lassen.

Dr. Tallquist (Helsingfors) stellte an sich einen Versuch bezüglich des Einflusses von Fett und Kohlehydrat auf den Eiweissumsatz an. Sein Versuch erstreckte sich auf eine viertägige Vor- und eine viertägige Hauptperiode. Er fand, dass die Kohlehydrate in der Tat mehr als Eiweissparer aufzufassen sind als das Fett, und dass die Schwankungen des Fettes und der Kohlehydrate der Kost einem verschiedenen Bedarf an Eiweiss entsprechen. Während einer so kurz dauernden Periode, wie sie im Versuch gegeben war, ist aber die Gesamtwirkung auf den N-Bestand des Körpers von keinem besondern Einfluss.

Dr. Cohnheim (Berlin) hat das Vorhandensein eines bestimmten Enzyms, das Erepsins im Darm festgestellt, das wohl Albumosen und Peptone in krystallinische Produkte zerlegt, nicht aber das Eiweiss selbst anzugreifen vermag. Wohin der Ort der Wirkung des Erepsins zu verlegen ist, steht noch nicht fest: Entweder verbleibt es in der Darmwand oder wird in das Innere des Darms hinein abgesondert; zur Wirkung gelangt es jedenfalls, bevor das Eiweiss in die Säftemasse übertritt.

Dr. Loewi gibt das Ergebnis eines Versuchs bekannt, wonach es gelungen ist, einen Hund während 25 Tagen unter Aufrechterhaltung des Körpergewichts mit reiner Stärke, reinem Fett und als Stickstoffträger mit einem Pankreasauszug zu ernähren, der frei von Eiweiss, Albumosen und Peptonen war und nach Kutscher nur Amidosäuren, Ammoniak, Hexon- und Purinbasen enthält. Dieser Hund erbrach wohl am Anfang das Futter, gewöhnte sich jedoch mehr und mehr daran und schied an den Tagen, wo die Nahrung behalten wurde und wo es gelang, den 24stündigen Harn quantitativ zu sammeln, im Harn und Kot N-Mengen aus, die den Einnahmen an N-haltigem Nichteiweiss entsprachen (3,99 g N). Hiernach ist dieser Hund während 25 Tagen ohne jedes Eiweiss oder eiweissartige Substanz ausgekommen, und hat nach der Ansicht des Verfassers aus den krystallinischen Spaltstücken des Eiweisses seinen Eiweissbedarf durch Synthese gedeckt. Versuche am wachsenden Tier, das seinen Eiweissbestand tagtäglich vermehrt, werden hier den abschliessenden Beweis geben können.

Nach Prof. Strauss (Berlin) kann es als feststehend gelten, dass das Ziel der osmotischen Arbeit der verschiedenen Organe auf eine Konstanterhaltung des os-

Digitized by Google

motischen Druckes des Blutes gerichtet ist. Die osmodiätetische Schonung des Magens verlangt insbesondere bei motorischer Insufficienz eine möglichst „gastroisotonische" Nahrung, weshalb Alkohol und grössere Salz- und Zuckermengen bei motorischer Insufficienz kontraindiziert seien, während die Eiweiss-Fettbehandlung der motorischen Insufficienz auch durch osmologische Gründe gestützt werde. Alkoholika, insbesondere „Schnäpse", dürfen als osmodiätetische Reizmittel angesehen werden, wenn sie auch in hoher Konzentration zunächst die Resorption und dann erst osmotische Störungen anzuregen scheinen. Für die Osmodiätetik der Nieren spiele die Dosierung der Wasser- und Eiweisszufuhr eine grosse Rolle. Da die Polyurie häufig — insbesondere bei chronischen interstitiellen Nephritiden — einen kompensatorischen Zweck zu erfüllen scheine, so solle die Flüssigkeitszufuhr bei Polyurie nicht so generell gekürzt werden, als es in den letzten Jahren wiederholt geraten worden sei, wenn auch drohende oder vorhandene Herzschwäche ein solches Vorgehen tatsächlich rechtfertige. Das Eiweissquantum solle zwar ausreichend sein, aber doch der unteren Grenze des zur Erhaltung guter Leistungsfähigkeit notwendigen Bedarfes nahestehen. Zweckmässig sei vielleicht eine intermittierende, periodisch durchzuführende relativ eiweissarme Diät. Auch die Grösse der Salzzufuhr erscheine bei gewissen Formen von Nephritis nicht ganz gleichgültig.

Prof. Lehmann (Würzburg) stellte Versuche über Eiweissverdauung und über Lösung von Kohlehydraten in grosser Zahl an. Als Untersuchungsmaterial für die Eiweissverdauung diente Hühnereiweiss, Fleisch, Käse, Erbsen, Graubrot und Pfannkuchen; für die Kohlehydratuntersuchung Äpfel, gelbe Rüben, Kartoffel und Makkaroni. Die Resultate zeigen eindeutig die grosse Wichtigkeit der Zerkleinerung der Speisen, weil durch eine ausgiebige Zerkleinerung die Verdauung ganz bedeutend verbessert wird. Naturgemäss kann am meisten erreicht werden, wenn die betreffenden Nahrungsmittel zerrieben sind, denn es besteht, wie das Experiment zeigt, noch ein erheblicher Unterschied zwischen zerriebenem Material und 1 mm grossen Stückchen desselben. Die Bedeutung des Kochens tritt bei den Vegetabilien besonders stark hervor, weil hier durch Quellen der Stärke zu Kleister einmal die Zellwände gesprengt, und weil zweitens die verkleisterte Stärke von den Verdauungssäften viel energischer angegriffen wird als die rohe. Die Verzuckerung der gekochten Speisen ist etwa fünfmal rascher als die der rohen, die Verzuckerung der fein zerriebenen 5, 10 ja 20 mal grösser als der grob zerkleinerten Speisen. Durch Kochen und feines Zerkleinern kann die Zuckerbildung auf das 30—100 fache gesteigert werden.

Prof. v. Mering (Halle a. S.) berichtet über den Einfluss verschiedener Körperlagen auf die motorische Funktion des Magens, die folgende sind: 1. Während einer Stunde führt der gesunde Magen 65—68% eines Probefrühstücks in den Dünndarm über; 2. unter physiologischen Verhältnissen ist die motorische Funktion des gesunden Magens bei verschiedenen Körperlagen verschieden; 3. die günstigsten Bedingungen für die Magenmotilität sind beim Liegen auf der rechten Seite und beim schnellen Gehen gegeben; etwas weniger günstig sind die Bedingungen beim Liegen auf dem Bauche; bei horizontaler Rückenlage und beim langsamen Gehen, beim Stehen, Sitzen oder Liegen auf der linken Seite sind dieselben noch weniger günstig, wobei letztere Körperlagen untereinander keine bemerkenswerten Differenzen aufweisen; 4. in der gleichen Zeit wird bei der rechten Seitenlage aus dem Magen ca. 15% mehr vom Mageninhalte in den Dünndarm fortgeschafft, als beim Sitzen, Stehen, event. Liegen auf der linken Seite; bei der Bauchlage ca. 9% mehr, bei Rückenlage ca. 6% mehr.

Dr. Schottelius (Freiburg i. B.) verfügt über 22 Versuche am Hühnchen, die das Resultat ergaben, dass bei steriler Züchtung und steriler Nahrungsaufnahme niemals eine Gewichtszunahme eintritt; im Gegenteil findet, ähnlich wie beim Hungerzustand, trotz der meist auffallenden Fressgier der Tiere, eine fortschreitende Gewichtsabnahme statt, die bis zu

Digitized by Google

einem Verluste von 32% des ursprünglichen Körpergewichts führt. Die zur gleichen Zeit gezüchteten normalen Kontrolltiere liessen dagegen bei gewöhnlicher Nahrung einen Gewinn von 117% des ursprünglichen Körpergewichts erkennen. Nachdem nun durch diese Versuche im Prinzip konstatiert ist, dass für die Ernährung der Tiere, speziell für die warmblütigen Wirbeltiere, die Tätigkeit der Darmbakterien notwendig ist, wird es sich zum Verständnisse der Physiologie und der Pathologie des Tractus intestinalis um den weiteren Ausbau dieser biologischen Lehre von der Ernährung handeln.

Dr. Reach (Wien) zog den Gaswechsel des Körpers heran, um über die Resorbierbarkeit der Kohlehydrate vom Rektum aus Aufschluss zu erhalten. Er stellte fest, dass die Resorption aus dem Klysma langsamer erfolgt als per os. Dementsprechend fand Reach auch niemals alimentäre Glykosurie. Dextrin wird langsam aber gut, Stärke hingegen wird langsam und ungenügend resorbiert.

Über den zeitlichen Ablauf der rektalen Fettresorption berichtet Dr. Baum auf Grund seiner an Prof. v. Merings Klinik in Halle angestellten diesbezüglichen Versuche. Dieselben ergaben, dass, ausgenommen wenn Pankreasferment dem Klysma beigefügt ist, die Resorption des per rectum eingeführten Fettes ungemein langsam vor sich geht. Es vergehen im Durchschnitt 15 Stunden, ehe eine nach wenigen Decigrammen zählende Fettmenge zur Resorption gelangt ist! Gummi arabicum, Ei oder Soda leisten als Emulgens ziemlich dieselben Dienste, wichtig ist nur, dass das Fett möglichst fein emulgiert wird; eine schlechte Emulsion wird erheblich später resorbiert als gut emulgiertes Fett. Dadurch erklärt sich wohl auch der günstige Einfluss, den der Zusatz von Pankreasferment auf die Resorptionszeit nimmt. Im übrigen zeigte sich kein nennenswerter Unterschied, ob das Klysma am Abend oder am Morgen verabreicht wurde, d. h. mit andern Worten, Ruhe oder Bewegung, Nahrungsenthaltung oder gleichzeitige Nahrungsaufnahme per os vermögen die Aufsaugungsfähigkeit des unteren Darmabschnittes nicht wesentlich zu beeinflussen. Auch dadurch, dass dem am Morgen gegebenen Reinigungsklystier ein solches am Abend vorherging, also eine sehr gründliche Entleerung des Mastdarms erzielt wurde, konnte die Resorption nicht beschleunigt werden. Ebensowenig wirkt der Zusatz leicht resorbierbarer Substanzen, wie Traubenzucker oder Alkohol fördernd auf die Resorption des Fettes. Nur zwei Faktoren scheinen in geringem Grade resorptionsfördernd zu wirken, das ist der Zusatz von 0,6% NaCl und eine Verminderung des Flüssigkeitsgehaltes der Emulsion.

An der Bologneser chirurgischen Klinik hat Dr. Barbiani die Resorptionsfähigkeit des Dickdarms für medikamentöse und alimentäre Substanzen recht eingehend studiert. Aus denselben glaubt Autor mit Sicherheit schliessen zu können: 1. dass der Dickdarm eine beträchtliche Resorptionsfähigkeit besitzt, zwar keine so prompte, wie der Magen, da sie frühestens erst nach Verlauf einer Stunde nachweisbar wird; jedoch eine mindestens so ausgiebige, da per os tödliche Minimaldosen toxischer Substanzen auch per rectum sich als ebenso giftig erweisen. 2. Dass die Resorptionskraft des Dickdarms keine gleichmässige in seinen verschiedenen Abschnitten ist: ihr Maximum entspricht der Gegend der Ileocökalklappe, fällt dann bald auf ein Minimum im Bereiche des mittleren Teiles des Cökum um dann in der Ampulla rectalis wieder emporzusteigen. Die Resorptionskraft kann künstlich gesteigert werden, entweder auf mechanischem Wege, durch stärkeren Druck des Klysmas oder durch chemische Substanzen, z. B. Natrium sulfuricum, welche keinerlei anatomische Veränderungen bedingen, sondern einfach nur einen Reiz zu einer gesteigerten Funktion abgeben. 3. Dass die Resorptionsfähigkeit für medikamentöse Substanzen eine ungleich grössere als für Nährsubstanzen ist. 4. Dass Nährklystiere im stande sind ausgezeichnete Dienste zu leisten bei Zuständen (wie bei Gastralgie, Ulcus ventriculi, nach Magen- und Darmoperation etc.), welche auf eine gewisse Zeit, aber nicht für immer, die Ernährung per os erschweren oder unmöglich machen.

Dr. Barker hat seit längerer Zeit

Digitized by Google

umfangreichen Gebrauch von der subkutanen Infusion von Zuckerlösungen gemacht. Er verwendet eine Lösung von 5,0 Glukose in 100 ccm der gewöhnlichen Kochsalzlösung, hiervon injiziert er zweimal täglich je 500 ccm. Bei schwachen Kranken, z. B. an Magenkrebs leidenden, macht er diese Einspritzungen schon mehrere Tage vor der Operation, die letzte wird noch auf dem Operationstisch gegeben. Auch bei septischen Kranken, besonders bei septischer Peritonitis nach Perforation des Wurmfortsatzes, glaubt er gute Erfolge gesehen zu haben.

Versuche über den Einfluss des Alkohols auf den Eiweissstoffwechsel stellte Dr. Ott an einem fiebernden Phthisiker an, dessen Temperatur während der 12 Versuchstage ständig um 38° herum sich bewegte. Er kam zu dem Resultate, dass auch beim Fiebernden der Alkohol als Eiweissparer wirkt.

Sehr eingehende Untersuchungen über die Verdaulichkeit der verschiedenen Speisen im Magen hat Prof. Fermi (Sassari) angestellt. Auf Grund von Versuchen an Tieren, von Beobachtungen an Menschen und von künstlichen Verdauungsversuchen stellt er nachstehende Reihenfolge der Fleischarten nach ihrer Verdaulichkeit auf: Rindfleisch, Hammelfleisch, Reh, Dammhirsch, junge Ziege, Lamm, Kalb, Hirsch, Hase u. s. w. Das Schwein kommt erst als Nr. 14. Organe: Kalbsgehirn, Kalbsgekröse, Ochsenhirn, Kalbsleber, Kalbslunge, Rindsgekröse, Rindsleber, Gänseleber, Schweinsleber u. s. w. Unter den Vögeln sind die mageren mit schwachen Schnäbeln am leichtesten verdaulich, erst als Nr. 10 kommt Taube, 11 Huhn, 12 Kapaun, 15 Ente, 18 Gans. Frösche sind leichter verdaulich als Fische, unter letzteren stehen Forelle und Stör voran. Gekochte Austern sind leicht verdaulich. Je nach der Zubereitung ist rasch gebratenes Fleisch leichter verdaulich als langsam gebratenes, stark gekochtes leichter als wenig gekochtes, rohes Fleisch steht etwa in der Mitte. Roher und gekochter Schinken sind ziemlich schwer verdaulich. Eier sind weich gekocht am leichtesten zu verdauen, dann roh, dann gebacken. Bei den Milchspeisen geht die Reihe: Ziegenmilch, Kuhmilch, Schafmilch, Quarkkäse, Holländer Käse u. s. w. Rohes Öl ist leichter verdaulich als Butter, Schmalz und Speck. Mehlspeisen: 1. Reis gewöhnlich gesotten, Tapioka, Gries, gekochte Kartoffeln; 2. dicker Reis, dann Makkaroni, Bratkartoffeln, Schmorkartoffeln, Brot. Gemüse: Bohnen, Erbsen, Linsen, alles frisch leichter verdaulich als getrocknet. Kräuter: kleiner Kürbis, Spinat, Spargel, Lattich, Artischocken, Rosenkohl, Schwämme, Trüffel, Tomaten, Kohl, Blumenkohl u. s. w. Obst: Weintrauben, Birnen, Äpfel, Feigen, Pfirsiche, Pflaumen u. s. w.

Prof. Erisman (Zürich) kam auf Grund eingehender Ausnutzungsversuche mit mancherlei vom Volke in Zeiten allgemeiner Hungersnot benutzten Brotsurrogaten, wie Chenopodium album, Polygonium convolvulus, Baumrinden, Kartoffelschlempe, Sonnenblumenpresskuchen und anderen zu dem Resultate, dass dieselben nichts taugen, weil sie einen widerwärtigen Geschmack besitzen, vom Menschen sehr schlecht ausgenutzt werden und teils durch mechanische Reizung der Darmschleimhaut, teils durch die Gegenwart toxisch wirkender Substanzen dem Konsumenten direkt schädlich sind. Andere von verschiedenen Seiten vorgeschlagene Surrogate, wie Erbsenmehl, Buchweizenmehl, Hirsemehl u. s. w. sind trotz teilweise guter Ausnutzung deshalb nicht zu billigen, weil es ökonomischer und angenehmer ist, Brot ohne fremde Beimischungen zu geniessen und das mangelnde Brot durch andere Speisen (womöglich warme) zu ersetzen.

Prof. v. Bunge konnte durch Analysen die Angabe des Afrikareisenden prüfen, dass gewisse Negerstämme, die sich kein Kochsalz verschaffen können, die Asche gewisser auffallend natronreicher Pflanzen statt des Salzes ihren Speisen zufügen. Bei der Untersuchung solcher Aschenproben fand v. Bunge tatsächlich sehr hohe Natronwerte (fast 20%); während bei den natronreichsten der europäischen Pflanzen auf 1 Teil Kali $^1/_2$ Teil Natron treffen, ist in jenen von den Negerstämmen instinktiv gefundenen Gewächsen (Salsolaceenarten) dieses Verhältnis 1 : 6.

Digitized by Google

Prof. Thompson (London), der durch seine ausgezeichneten Leistungen auf dem Gebiete der Chirurgie der Harnorgane berühmte Verfasser, veröffentlicht in seinem Buche über Diät und hygienische Lebensweise die Schlüsse aus den Erfahrungen, die er zwischen dem 65. und 82. Jahre seines Lebens gesammelt hat, Bezüglich der Menge und Auswahl in der Nahrungsaufnahme vertritt Autor folgende Ansicht. In der Jugend und in dem Anfang des Mannesalters sieht er in den meisten Fällen keinen grossen Schaden von dem zu reichlichen Genuss nährender Speisen, weil sich die Natur meist durch akute Anfälle von Verdauungsstörungen hilft. In zunehmendem Alter aber, nach 45 und 50 Jahren, führt das Übermass von nahrhaften Speisen meistens zu Anfällen von Gicht oder Rheumatismus, Entartung der Blutgefässe und anderen chronischen Leiden, wenn nicht durch starke körperliche Anstrengungen der Verbrauch und die Ausfuhr, welche in den späteren Lebensperioden unter gewöhnlichen Verhältnissen abnehmen, sehr vermehrt werden. Als Beispiel der Nachteile der übermässigen Nahrungsaufnahme bei nur geringer körperlicher Bewegung führt er die zur Bereitung der Gänseleberpasteten gefütterten Gänse an, mit welchem Vorgang wir im täglichen Leben der wohlhabenden Klassen nicht selten Verwandtes finden. Die einfache Weisheitsregel, die Einnahme mit der Ausgabe des Körpers in Harmonie zu bringen, kann nie ohne Schaden vernachlässigt werden. Man kann sich nicht genug vor Augen halten, dass mit zunehmendem Alter, besonders nach dem 60. und 70. Jahre die Ausgaben des Körpers und die Erneuerung der Gewebe vermindert sind und dass die Einnahme der Nahrung, besonders von Fleisch, ebenfalls vermindert werden muss. Die Idee vieler Menschen, dass im Alter mehr Fleisch, Eier und konzentrierte Speisen, wie starke Suppen, Fleischextrakte und starke Weine nötig sind, ist durchaus falsch und gefährlich, obgleich die natürliche Abnahme von Kraftgefühl und Leistungsfähigkeit, sowie die Abnahme des Körpergewichts im Alter diese Idee zu unterstützen scheinen, aber nur fälschlich. Zunahme des Gewichts im Alter ist nur in seltenen Ausnahmefällen günstig. Fettwerden ist schon deshalb schädlich, weil dadurch die Bewegung erschwert wird, die für die Erhaltung der Zirkulation und der Ernährung der Gewebe so wichtig ist.

Dr. Hirschfeld (Berlin) bespricht die Frage der zweckmässigsten Ernährung des Menschen in der heissen Jahreszeit und in den Tropen. Bei hoher Aussentemperatur in unserem Sommer, ebenso wie in den Tropen, wird allgemein der Fleischgenuss durchaus nicht eingeschränkt; darin sieht Verfasser den Grund für die Verringerung der Esslust; desshalb ist bei hoher Aussentemperatur der Fleischgenuss einzuschränken und dafür eine an Fetten und Kohlehydraten reichere Kost zu wählen. Ferner macht Verfasser noch auf einen anderen Nachteil des Fleisches aufmerksam. In Wasser gesotten oder mit Fett gebraten ist dasselbe ein sehr wasserarmes Nahrungsmittel, so dass man bei fleischreicher Ernährung viel Flüssigkeit zu sich zu nehmen genötigt ist, namentlich wenn bei der Zubereitung viel Salz oder scharfe, reizende Gewürze verwendet worden sind. In diesem Umstand liegt aber gerade in den Tropen eine besondere Gefahr, weil häufig kein gutes Trinkwasser zur Verfügung steht. Schon aus diesem Grunde ist es angebracht, den Körper durch wasserreiche Speisen, Suppen, Gemüse u. s. w. Wasser in gekochtem Zustande, also frei von Infektionserregern, zuzuführen. Bei der Auswahl der Nahrungsmittel sind demnach für die Tropen die kohlehydrat- und fettreichen zu bevorzugen. Von den animalischen Nahrungsmitteln käme die Milch, und da diese für gewöhnlich nicht leicht transportabel und haltbar ist, die sterilisierten Rahmpräparate in Betracht, die leicht zu transportieren sind und einen hohen Fettgehalt haben, natürlich mit Kaffee oder Tee genossen werden müssten. Auch andere künstlichen Milchpräparate kämen in Frage. Zucker könnte besonders zusammen mit Obstfrüchten oder in anderen Speisen genossen werden. Eine Einschränkung des Fleischgenusses rät Verfasser nur bei solchen Personen an, bei denen infolge hoher Aussentemperatur die Esslust sinkt. Bei einer derartigen Einschränkung des Fleischgenusses würde

Digitized by Google

der gesamte Eiweissgehalt der Kost oft beträchtlich niedriger sein als die von Voit für einen erwachsenen Mann bei mittelschwerer Arbeit geforderte Menge von täglich 118 g Eiweiss. Dass diese Menge aber durchaus nicht in allen Fällen notwendig sei, um den Stoffbedarf zu decken, haben ausser Verfasser auch andere Autoren erwiesen. Es ist in jedem Falle nur diejenige Eiweissmenge erforderlich, bei welcher das Stoffgleichgewicht erhalten bleibt. Bekannt ist, dass die Japaner bei einer relativ eiweissarmen vegetabilischen Kost im Stoffgleichgewicht sich erhalten und doch eine grosse körperliche Leistungsfähigkeit besitzen.

Als Direktive für das Arrangement einer zweckmässigen vegetabilischen Diät gibt Dr. Kuttner (Berlin) folgendes an: Bei schwächlichen, herabgekommenen Patienten mit alten Katarrhen oder mit Neigung zu Atonien des Magens gehe man nur allmählich zur vegetabilischen Kostordnung über und behalte dieselbe nur auf vorübergehende Zeit, etwa sechs Wochen, bei. Bei Neurasthenia gastrica und besonders bei der habituellen Obstipation mit gutem Kräftebefinden ist ein rascheres Vorgehen und eine längere Beibehaltung der vegetabilischen Ernährungsform empfehlenswert. Bei zweckmässiger Zusammenstellung bietet auch der Speisezettel der Vegetarier genügende Abwechselung, doch darf man dabei auf Milch, Eier, Butter, Honig und Käse nicht verzichten; vor der rigorosen Verwendung rein vegetarischer Diät muss entschieden gewarnt werden. Als passende Anordnung einer lakto-vegetabilischen Diät kann folgende betrachtet werden: Des Morgens eine Suppe aus Hafermehl, eine Tasse süsse Milch oder Kakao, Weiss- oder Schwarzbrot und Butter (bei Neigung zur Obstipation eventuell auch Fruchtgelee, Honig oder frisches Obst); im Laufe des Vormittags ein Brei aus Reis, Linsen, Gries etc., eventuell Milch oder Kefir, Weiss- oder Schwarzbrot und Butter; mittags eine Leguminosen- oder eine Obstsuppe (Äpfel-, Pflaumen-, Erdbeer-, Heidelbeer-, Himbeer-, Stachelbeer-, Kirschsuppe) oder eine Gemüse- (Sauerampfer-, Spinat-, Wurzel-, Tomaten-, rote Rübensuppe) oder eine Milchsuppe, eventuell auch eine Kaltschale von Fruchtsäften, Stachelbeeren mit Pumpernickel und Korinthen, eine Butter- oder Sauermilchkaltschale; darauf reichlich grünes Gemüse, nach dem Bedürfnis des Einzelfalles mit wenig oder mit viel Butter angerichtet und je nach der Beschaffenheit der Verdauungsorgane in Püreeform und durchgeschlagen oder in gewöhnlicher Form zubereitet; an Stelle des grünen Gemüses auch ein Erbsen-, Reis- (eventuell mit Äpfeln), Linsenbrei, Backobst mit Klössen etc.; als Nachspeise Eierkuchen, Pfannkuchen, Auflaufe, Puddinge. Bei ausreichendem Appetit noch rohes oder gekochtes Obst. Der Vesperimbiss besteht aus einer reichlichen Portion gekochten oder rohen Obstes mit Weissbrot oder Zwieback; ist keine Neigung zur Säurebildung im Magen vorhanden, auch Honig oder Fruchtgelee, eventuell eine geringe Menge Milch (¼ l) oder ein Gemisch von Milch und Sahne. Zum Abendessen einige Male in der Woche eine dicke Suppe oder einen Brei aus Gerste, Hafer, Reis, Gries, Tapioka etc. mit Milch und Butter, dazu Bratkartoffeln, Butter, Käse, an anderen Tagen Eier, Eierspeisen, Milch, Dickmilch, Kefir etc.

In eingehender Weise bespricht Prof. Podwyssozki (Odessa) die Geschichte, Bereitung, Zusammensetzung, Morphologie und Erkrankungen des Kefirs, sowie auch die physiologische und therapeutische Bedeutung des Getränks. Aus der Betrachtung von Analysen, die an verschiedenen Kefirsorten ausgeführt worden sind, zieht Autor den Schluss, dass unter dem Einfluss des Kefirferments in der Milch folgende chemische Änderungen geschehen: ein Teil des Milchzuckers verschwindet, und es tritt Milchsäure und Alkohol auf, das Kasein fällt aus und ein Teil desselben wird gelöst, wobei Peptone auftreten, die vorher nicht zugegen waren. Nach Autors Erfahrungen besitzen wir im Kefir nicht bloss das allermildeste, leicht assimilierbare und harntreibend wirkende Getränk aus Milch, das, ohne die Verdauungswege zu belästigen, in enormen Mengen genossen werden kann (bis 15—20 Glas und mehr in 24 Stunden), sondern auch ein Getränk, das durch die in demselben enthaltenden Mikroben und die Milchsäure wohltätig die Magen-

Digitized by Google

darmflora zu beeinflussen vermag durch Entfernung des pathogenen Mikroben aus der letzteren. Demzufolge ist eine günstige Wirkung des Kefirs zu erwarten: bei allen allgemeinen Ernährungsstörungen, bei Anämie nach akuten, erschöpfenden Krankheiten auf allgemeinen Konstitutionsanomalien, bei katarrhalischen Erkrankungen des Magen- und Darmkanals und bei allen inneren und äusseren Leiden, verknüpft mit bedeutenden Einbussen von seiten des Organismus und mit übermässig erhöhten Oxydationsprozessen in den Geweben, kurz, der Kefir ist in allen den Fällen angezeigt, welche eine Mästung der Kranken erheischen.

An Prof. v. Leydens Klinik in Berlin prüfte Dr. Rosenfeld das Pflanzeneiweisspräparat „Roborat" in der Krankendiätetik und in Stoffwechselversuchen. Er kam zu dem Ergebnisse, dass Roborat ein leicht bekömmliches Eiweisspräparat darstelle, welches das Fleischeiweiss im Stoffwechselversuch annähernd zu ersetzen vermag. Die Bildung der Harnsäure wird durch das Roborat herabgesetzt. Es wirkt durch seinen Lecithingehalt günstig auf die Blutbildung und ist in allen Fällen, wo es zu einer Retention von P_2O_5 kommen soll, zu empfehlen (Rhachitis, Neurasthenie etc.).

Nach Dr. Schürmayer (Hannover) hat das Roborat Verwendung gefunden bei Schwächezuständen infolge überstandener akuter Erkrankungen und chronischer Krankheitszustände. Auffallend war der gute Einfluss auf skrofulöse Patienten mit Magenkatarrh, Blutarmut, Bronchialkatarrh und Drüsenschwellung. Bei Blutarmut und Chlorose war der Einfluss deutlich, sei es, dass es allein oder neben anorganischen Eisenpräparaten gebraucht wurde. Im Anfangsstadium der Phthise hob sich das Körpergewicht, Appetit und Verdauung wurden regelmässig, neben besserem Aussehen ging das subjektive Gefühl der Kräftigung einher und der Blutbefund besserte sich wie bei Anämie von Woche zu Woche. Auch in den letzten Stadien zeigte sich für einige Wochen Erholung. Die Patienten nahmen das Präparat gern. Die Darmfäulnis verminderte sich, der Durchfall liess nach. Bei chronischer Colpitis und Cystitis hob sich innerhalb drei Wochen der Allgemeinzustand wesentlich. Nachher konnte die lokale Therapie im Gegensatz zu früheren missglückten Versuchen Erfolge aufweisen. Bei Gicht nimmt die Harnsäurebildung ab. Jedenfalls wurde die Harnsäureausfuhr geringer, ohne dass lokale Verschlimmerungen an den affizierten Stellen sich geltend machten. Für Zuckerkranke eignet sich das Präparat besonders in Form von Cakes. Das neue Eiweisspräparat hat man mit pharmakodynamisch wirkenden Mitteln kombiniert: Eisen-, Kreosot-, Kolaroborat, und zu gewissen Genussmitteln verwendet: Roboratschokolade, -Cakes. Auf diese Weise gelingt es oft, noch weitere Roboratmengen zuzuführen.

Dr. Flatau (Berlin) berichtet über die Erfolge, die er mit Roborat, insbesondere in Fällen von Tuberkulose, Anämie und namentlich von Nervenkrankheiten gemacht hat. Er konstatierte in allen Fällen, in denen er das lecithinreiche Eiweissnährmittel in Dosen von 30—40 g pro Tag verordnete, eine zum Teil sehr erhebliche Zunahme des Körpergewichtes, welche bei Aussetzen des Mittels wieder sistierte, sowie einen sehr günstigen Einfluss auf das Allgemeinbefinden; die Patienten fühlten sich besser gestimmt, kräftiger, arbeitslustiger. Verfasser ist geneigt, neben der eigentlich nährenden Wirkung des vegetabilischen Eiweisses hier dem im Roborat zu ca. 1 % vorhandenen Lecithin einen quasi spezifischen Einfluss auf das Nervensystem zuzuschreiben. Besonderes Interesse dürfte es erregen, dass Verfasser unter Ersatz des Fleischeiweisses durch Roborat bei seinen Nervenkranken mit gutem Erfolge vegetarische Ernährungskuren ohne die sonst hierbei leicht eintretenden Störungen im Körperhaushalt und ohne Belastung der Verdauungsorgane durchführen konnte.

Aus den Stoffwechselversuchen, die Dr. Brat an Prof. v. Leydens Klinik in Berlin mit Gluton anstellte, glaubt er folgende Schlüsse ziehen zu können: Das Gluton hat den höchsten N-Gehalt aller modernen Nährpräparate, entsprechend seiner Darstellung aus Gelatine, und einen sehr niedrigen Aschengehalt (2—3 %). Das Gluton leistet in einer

Digitized by Google

Mischung von Nahrungsmitteln, bei einer Verabreichung von Dosen, wie sie die Grenzen der Ersatzmöglichkeit des Nahrungseiweisses bei der Ernährung des gesunden und kranken Menschen durch ein Nährpräparat nur gestatten, dasselbe bezüglich des N-Haushaltes wie die Eiweissnährpräparate, und zwar in kleinerer Dosis. Es ist aus den Versuchen, da dieselben analog ausgefallen sind wie entsprechende Versuche mit Gelatine an Tieren, zu schliessen, dass die Gelatose Gluton denselben Nährwert hat wie die Gelatine. Die Verdaulichkeit des Glutons ist eine gute; es ist möglich gewesen, das Präparat Patienten in Dosen zu geben, wie man sie betreffs der Gelatine im allgemeinen nicht anzuwenden wagte. Die Ausnutzung ist die vollkommenste.

Über die Verwendung des Fleischsaftes Puro bei den Kranken der Spitalsabteilung des Zuchthauses in München berichtet Dr. Schäfer. Die Patienten, bei denen das Puro zur Anwendung kam, litten teils an während der Haftzeit erworbenen anämischen Formen, an Magenstörungen, „Abgegessensein", Erbrechen, Diarrhoeen, teils an Marasmus praematurus, teils an Tuberkulose, in einem Fall handelte es sich um Skorbut. In diesen Fällen, wo schliesslich jede andere Nahrung verweigert wurde, bekamen die Kranken nur vier bis fünfmal des Tages einen Kaffeelöffel Puro mit etwas Weissbrot, Wein etc. Das Puro stellte in allen diesen Fällen den Appetit wieder her. Das Puro ist somit in Fällen von gänzlichem Darniederliegen der Magentätigkeit ein wertvolles Unterstützungsmittel der Ernährungstherapie, sowohl bei der Behandlung der Magenkrankheiten, wie überhaupt in allen Fällen von Unternährung und der daraus entstandenen Inanition, auch bei den verschiedenen Formen der Anämie.

Dr. Polenske behauptet, dass der Borax und die Borsäure, sofern sie Mengen von einigen Bruchteilen eines Grammes übersteigen, keineswegs indifferente Stoffe sind. Die Wirkung der Harnvermehrung, die schwere Entfernung aus dem Organismus, das Entstehen von Hautausschlägen nach innerlicher Darreichung, die entstehenden Diarrhöen, die mangelhafte Ausnützung der Borpräparaten versetzten Nahrungsmittel, die Veränderung der Milch bei Zusatz von Boraten, der Fettverlust und die Gewichtsabnahme und endlich die Tatsache, dass einzelne dieser Wirkungen unbemerkt im Körper vor sich gehen können, zeigt, dass vor der Benutzung der Borpräparate gewarnt werden muss und es ist daher vom Standpunkt der Pharmakologie und öffentlichen Gesundheitspflege die Verwendung von Borpräparaten zur Nahrungsmittelkonservierung zu untersagen.

Versuche über den Stoff- und Kraftwechsel des Säuglings mit besonderer Berücksichtigung des organisch gebundenen Phosphors, die Dr. Cronheim und Dr. Müller in Prof. Zuntzs Laboratorium in Berlin angestellt haben, ergeben folgendes. Wenn man bei dem wachsenden Säugling aus dem Kalkansatz das Wachstum der Knochen berechnet und den über den Bedarf der Knochen hinaus angesetzten N als zur Fleisch- und Blutbildung benutzt in Rechnung stellt, so findet man, dass die Menge des für diese Neubildungen notwendigen P bei weitem nicht so gross ist, wie die wirklich angesetzte P-Menge. Es müssen aber die phosphorreichen Gewebe, Nervenmark und kernhaltige Drüsen, am Stoffansatz des ersten Lebensjahres erheblich beteiligt sein. Es ist für die Assimilierung nicht gleichgültig, in welcher Form der P aufgenommen wird. Das Wachstum der N-haltigen Gewebe wird ein wesentlich grösseres bei gleicher Zufuhr von Eiweisskörpern und Gesamtnahrung, wenn ein Teil des P in Form von Eidotter zugeführt wird. Wahrscheinlich ist es das Lecithin des Eidotters, welches hierbei bedeutungsvoll ist. Es empfiehlt sich daher bei der Ernährung des Kindes frühzeitig die Verwendung des Eidotters. Sterilisierte Milch ist weder allein, noch in Verbindung mit mässigen Mengen von Eidotter imstande, eine genügende Knochenbildung zu ermöglichen. Im Gegenteil erwies sich trotz reichlicher Zufuhr aller knochenbildenden Mineralstoffe die Kalkbilanz bei der Ernährung mit sterilisierter Milch als negativ. Die praktische Erfahrung findet in diesen Vesuchsergebnisen eine exakte Bestätigung.

Digitized by Google

Wenn auch, wie Bunge zuerst hervorgehoben hat, der Eisengehalt der Milch sehr gering ist und nicht ausreicht, das Eisendefizit des Säuglings zu decken, so ergeben doch die Untersuchungen Dr. Friedjungs, (Wien) die zusammen mit Dr. Jolles angestellt sind, dass auch geringe Unterschiede von Bedeutung sind. Der Eisengehalt bei gesunden Frauen mit genügender Ernährung schwankte von 3,52—7,21 mg im Liter, hielt sich aber meist in der Nähe des Durchschnittswertes von 5,09 mg. Bei schlechternährten Arbeiterfrauen lag die Eisenmenge stets unter diesem Durchschnitte. Frauen, die sich anscheinend guter Gesundheit erfreuten, deren Kinder aber chronisch krank waren (Rhachitis, perniciöse Anämie) zeigten den durchschnittlichen Eisengehalt von 4,02 mg. Bei kranken Müttern (Herzfehler, Lues) bewegten sich die Mengen zwischen 3,40 und 3,92 mg. Auffallend wenig Eisen enthalten die gangbaren „Kindermilch"-Sorten; am eisenreichsten war eine Gaertnersche Fettmilch mit 2,58 mg Eisen im Liter. Ein gleichmässiges allmähliches Absinken des Eisengehaltes während der Stillzeit liess sich nicht feststellen.

Beim Pasteurisieren der Milch genügt nach Dr. Hesse eine Erwärmung auf 60° C. für 20 Minuten, um Tuberkelbacillen und auch andere Krankheiterreger zum Absterben zu bringen. Lebend können sie sich nur dann erhalten, wenn die Oberfläche der Milch, während des Pasteurisierens der kälteren freien Luft ausgesetzt ist und dadurch dauernde Abkühlung erfährt, oder wenn sich auf ihr eine Rahmschicht oder eine Haut bildet. Hesse verhütete das dadurch, dass die Milch durch ein langsam auf- und abgehendes Rührwerk in fortlaufender Bewegung gehalten wurde.

Dr. Bartel und Dr. Stenström haben die vielfachen Versuche über die Abtötung der Tuberkelbacillen in der Milch nachgeprüft und infizierte Milch in verschiedenem Zustande 65—80 Minuten erhitzt. Erhitzung auf 80° während zehn Minuten genügte bei alter, alkalischer Milch nicht zur Abtötung. Zu beachten ist jedoch, dass in praxi die Resultate bessere sein werden, da die Reaktion der Milch massgebend ist. Bei frischer Milch genügte ein schnell vorübergehendes Erhitzen auf 80° zur Tötung der Bacillen.

Dr. Hippius tritt sehr warm für die Anwendung pasteurisierter Milch in der Kinderpraxis ein. 20 Säuglinge liess Autor ausschliesslich mit dieser Milch ernähren. Die Kinder gediehen dabei sehr gut. In keinem Falle hat Verfasser Darmkatarrhe entstehen sehen, wenn auch andererseits nicht zu leugnen ist, dass hin und wieder vorübergehend dyspeptische Erscheinungen auftreten, allerdings nicht häufiger, als dies bei Brustkindern der Fall zu sein pflegt.

Dr. Bilik (Odessa) verbreitet sich über die Vorteile, die die Pasteurisierung der Milch gegenüber der Sterilisation aufweist und beschreibt einen von Hippius angegebenen Apparat, der zum Pasteurisieren dient und gleichzeitig die Milch trinkwarm vorrätig hält; die in ihm verarbeitete Milch enthält das Laktalbumin noch gelöst, die Saprophyten und pathogenen Keime werden abgetötet und der Geschmack der Milch wenig alteriert.

Dr. Caro (Berlin) berichtet über die günstigen Erfahrungen, die an Prof. Baginskys Abteilung mit Buttermilch als Säuglingsnahrung gemacht wurden. Die Sterblichkeitsverhältnisse der Säuglingsabteilung des Krankenhauses wurden nicht unwesentlich gebessert. Sowohl bei den akuten, wie besonders bei den chronischen Magendarmstörungen wurde die Buttermilch als alleinige Nahrung oder auch als Zusatz gegeben; sie wurde im allgemeinen vorzüglich vertragen und bekam den Säuglingen besser als irgend eine andere Nahrung. Gewichtssteigerungen von 500—700 g in einer Woche wurden beobachtet, wenn auch gewöhnlich die Gewichtszunahme auf 150—300 g pro Woche beschränkt blieb. Die Buttermilch wurde nach folgender Vorschrift zubereitet: 1 Liter Buttermilch wird nach Zusatz von 25 g feinsten Weizenmehles und 35 g Rohrzucker unter fortwährendem Umrühren mindestens zwei Minuten lang gekocht. Fast allen Fällen, in denen diese Nahrung verabreicht wurde, war es eigentümlich, dass die Kinder im Anfang die Buttermilch nur widerwillig tranken; sehr

Digitized by Google

rasch aber gewöhnten sie sich daran und häufig trat schon am zweiten Tage die Besserung der Stühle ein. Inwieweit die Nahrung sich dazu eignet, eine tadellose Ernährung auch gesunder Kinder zu gewährleisten, muss vorläufig abgewartet werden. Bei Verdauungsstörungen kennt Verfasser wenigstens zur Zeit, keine bessere künstliche Nahrung, als die Buttermilch, auf die deshalb die Aufmerksamkeit des Praktikers gelenkt sei.

Die Ernährung gesunder und kranker Säuglinge mit gelabter Kuhmilch empfiehlt Dr. Langstein (Strassburg). Die mit dem Peguin — ein in Höchst dargestelltes Präparat, in welchem steriles Labferment an sterilen Milchzucker gebunden ist —, gelabte und dann durch Zerschütteln wieder dünnflüssig gemachte Kuhmilch vermeidet die Bildung grober Gerinnsel im Säuglingsmagen. Dadurch fällt dessen mechanische Reizung weg und die feinflockig geronnene Milch wird so rasch verdaut wie Frauenmilch. Es gelingt daher, akut wie chronisch magendarmkranke und gesunde Säuglinge leicht mit unverdünnter Kuhmilch zu nähren und oft mit erstaunlichem Erfolg. Die Labung der Milch und Zerstörung der Gerinnsel darf nicht bei heisser Milch ausgeführt werden, da entweder zu harte, bleibende Gerinnsel entstehen oder nach der Zerschüttelung von neuem grobe Gerinnung erfolgt.

Bei der künstlichen Ernährung des Säuglings kann nach Dr. Dhomont (Paris) nur Ziegenmilch, Eselsmilch und Kuhmilch in Betracht kommen. Die Eselsmilch steht in ihrer Zusammensetzung der Frauenmilch am nächsten, infolge ihres geringen Nährwertes kann man sie aber nur während der ersten zwei Monate geben. Die Ziegenmilch übertrifft die Frauenmilch durch ihren bedeutenden Gehalt an Kasein, Butter und Salzen, dagegen hat sie beträchtlich weniger Zucker. Sie bietet vor allem den Vorteil, dass man das Kind direkt der Ziege an das Euter legen kann, das, an sich sauberer als das der Kuh, leicht zu desinfizieren ist. In Anbetracht dessen, dass die Ziege sich gegenüber der Tuberkulose fast völlig retraktär verhält, bekommt das Kind dann eine keimfreie Milch. Am häufigsten angewandt wird die Kuhmilch, die leicht zu beschaffen und billig ist. Den hohen Kaseingehalt der Kuhmilch hat man durch Wasserzusatz auszugleichen gesucht; es ist auch empfohlen worden, Sahne oder Zucker ausser dem Wasser zuzusetzen, um nicht den Prozentgehalt an Fett und fettbildender Substanz zu vermindern. Dabei muss man auch wieder einen zu hohen Zuckergehalt vermeiden, da nach Escherich eine mehr als 8%ige Zuckerlösung ohne Verdauungsstörung nicht vertragen werden kann. Künstlich hergestellte Milch scheint vielfach die sogenannte Barlowsche Krankheit zu verursachen. Auch Rhachitis scheint durch künstliche Milch häufig hervorgerufen zu werden. Die Frage dagegen, ob man der Milch Wasser zusetzen dürfe, wird sehr verschieden beantwortet. Keinenfalls darf man zu viel Wasser zusetzen, vom dritten Lebensmonate an ist reine Milch wohl das Beste. Man muss sich auch davor hüten, den Säugling, der einen relativ kleinen Magen besitzt, zu viel trinken zu lassen; man darf sich in dieser Beziehung nicht nach seinem Schreien oder seinem Appetit richten, da gefrässige Säuglinge die zwei- bis dreifache Menge der ihnen zuträglichen Milch verschlingen. Selbst wenn auch dieser Überernährung keine akuten Störungen folgen, kann eine chronische Magenerweiterung einsetzen; dazu kommen Hautaffektionen, wie Ekzem oder Prurigo, die Verfasser für Resultate von Autointoxikationen hält. Eine bestimmte Milchmenge lässt sich jedoch für ein gegebenes Alter nicht angeben, sie schwankt ja nach der Zusammensetzung der Milch und dem Kinde. Genährt werden sollte das Kind während der ersten 14 Tage täglich neunmal, während der nächsten 14 Tage täglich achtmal, während des zweiten bis fünften Monats täglich siebenmal, später täglich sechsmal. Das künstlich genährte Kind muss sorgfältig vom Arzte überwacht werden. Sein durchschnittliches Gewicht sollte betragen: bei der Geburt 3 kg, nach dem ersten Monat 4 kg, nach dem dritten Monat 5 kg, nach einem Jahre 9 kg. Der künstlichen Ernährung vorzuziehen ist die gemischte, die man einleiten wird, wenn die Milch der Mutter allein nicht aus-

Digitized by Google

reicht, wenn die Mutter zur Arbeit gehen muss, oder Zwillinge geboren worden sind. Was die künstliche Ernährung kranker Kinder anlangt, so geht Verfasser nur auf Verstopfung und Diarrhöe ein. Verstopfung ist bei künstlicher Ernährung häufig. Es empfiehlt sich, zu ihrer Beseitigung den gewöhnlichen Zucker durch Milchzucker zu ersetzen; auch Glycerinsuppositorien tun gute Dienste. Wenn andererseits der Stuhlgang übermässig wird und die Fäces grünlich aussehen, muss sofort die Qualität der Milch untersucht und nachgeforscht werden, ob vielleicht neben der Milch etwas anderes verabreicht wurde. Wenn derartige Fehler abgestellt sind und die Diarrhöe doch persistiert, so sind Kaffee oder Vichy indiziert, daneben Verminderung der Nahrungsmenge. Verschlimmert sich der Zustand, so muss Wasserdiät angeordnet werden, um die Fäulnisprozesse im Darm zu unterdrücken. Das Wasser soll sein: rein, abgekocht, lauwarm oder kalt. Nach 12 Stunden tut man etwas Zucker in das Wasser, um nach 24 bis 48 Stunden zur Milchnahrung zurückzukehren. Unter Umständen muss man noch einmal für fünf bis sechs Stunden die Wasserdiät eintreten lassen. Die Entwöhnung beginnt im neunten bis zehnten Monat, vorausgesetzt, dass das Kind schon vier Zähne hat, doch muss die Milch auch noch im Beginne des zweiten Lebensjahres Hauptnahrungsmittel bleiben.

Dr. Dubrisay (Paris) bespricht die Brusternährung des Säuglings. Länger als zehn Minuten darf man das Kind nicht an der Brust liegen lassen, da sonst die Warzen maceriert werden. Vor und nach dem Säugen wiegt man das Kind, um die verzehrte Milchmenge zu bestimmen. Während des ersten Tages ist diese annähernd gleich null, so dass man an diesem 5—10 g Eselsmilch oder Zuckerwasser oder stark verwässerte Kuhmilch geben muss. Am dritten Tage soll die jedesmal aufgenommene Milchmenge 40 g, am vierten 55 g betragen, vom Ende der ersten Woche bis zu dem der vierten 60—75 g. Der Säugling soll jedesmal nur eine Brust bekommen und daraus in vier bis fünf Minuten die nötige Menge entnehmen. Gesäugt werden soll er während des Tages alle zwei Stunden, während der Nacht ein- bis zweimal. Überernährung kommt bei Brustkindern selten vor. Während der ersten drei Tage wird Meconium entleert. Die Fäces der späteren Zeit sind hellgelb gefärbt und sehen aus wie Rührei, ihre Menge soll 15 g in 24 Stunden während des ersten Monats betragen. Die Diarrhöe färbt sie grünlich.

Dr. Metzlaar (Apeldoorn) beantwortet die Frage, wann die Mutter ihr Kind nicht säugen soll? 1. Zunächst bezeichnet Autor die Gravidität als Kontraindikation. 2. Schwäche der Mutter kann ein Grund sein, um das Kind längere oder kürzere Zeit von der Brust zu nehmen, vollends infolge von Anämie und bei Nachlass in der Bewegungsfähigkeit der Mutter. 3. Herzkrankheiten. 4. Nephritis. 5. Diabetes. 6. Warzenrhagaden, Mastitis. Die Menstruation ist im allgemeinen keine Kontraindikation gegen das Nähren. — Welche dem Kind schädlichen Stoffe aus Nahrungsmitteln, Medikamenten u. dgl. gehen in die Milch über? Nach Baum gibt Spargel der Milch einen eigentümlichen Geruch, wirkt diuretisch und vermindert daher die Milchmenge. Im übrigen mögen nährende Frauen bei den gewohnten Speisen bleiben. Was das Trinken betrifft, so kommt in erster Reihe der Alkohol in Frage. Er geht zweifellos in die Milch über und kann schon in geringen Mengen Krämpfe beim Kinde hervorrufen. Starke Alkohol-Aufnahme ist eine Kontraindikation gegen die Laktation. Chinin, Quecksilber, Morphium, Kokain, Arsenik, Chloral, Jod u. s. w. gehen in die Milch über. Ganz besondere Vorsicht verlangen Morphium und Opium, die zu schweren Intoxikationen des Kindes führen können. Quecksilber geht in geringer Menge in die Milch über, daher gebührt der direkten Hg-Behandlung eines luetischen Kindes der Vorzug. Demelin nimmt an, dass der Tuberkelbacillus nicht von der Blutbahn aus in die Milch übergeht, obwohl Meerschweinchen mit aseptisch aufgefangener Milch einer tuberkelkranken Frau tuberkulös wurden. Nach Arnogan soll die Milch diphtheriekranker Frauen toxische Eigenschaften haben. Die Erfahrung jedoch

Digitized by Google

lehrt, dass Kinder von infizierten Müttern ohne Gefahr gesäugt werden können, jedoch muss Brust und Brustwarze ordentlich gereinigt und das Kind in den Zwischenräumen von der Mutter isoliert werden. Die einzige Amme, die man einem luetischen Säugling geben kann, ist nach Fournier die Mutter selbst. Bei Wolfsrachen ist das Säugen kontraindiziert.

Dr. Frucht (Plauen) hat mit dem Soxhletschen Nährzucker der aus Dextrin und Maltose hergestellt wird, an gesunden Säuglingen, um die Ausnutzung zu studieren, sodann bei den häufigsten Darmerkrankungen eine Reihe von Versuchen angestellt. Den Säuglingen wurde täglich bis zu $^2/_3$ Liter Milch in der nötigen Verdünnung und 70–80 g Nährzucker gereicht. Dieselben gediehen bei dieser Ernährung gut, nur zeigte sich bei einem Teil der Kinder eine deutliche Neigung zu Obstipation. Das Präparat wurde willig genommen und bewirkte eine schnelle Erholung des erkrankten Darmes. Aus den Fruchtschen Untersuchungen lässt sich der Schluss ziehen, dass der Nährzucker als Dauernahrung brauchbar ist. Er ersetzt der Kuhmilch ihr Manko an Fett und Kohlehydraten, ohne Darmgärungen und Vermehrung der Peristaltik zu bewirken. Dazu kommt, dass die Nahrung bequem im Haushalt hergestellt werden kann und dass der Preis kein hoher ist.

Prof. v. Mering (Halle) liess aus entfetteter Milch, Eidotter, Kakaobutter, Mehl, Zucker und Molken einer pulverförmige Kindernahrung herstellen, die sich nach den unter Prof. Zuntze Leitung ausgeführten Stoffwechselversuchen als sehr vorteilhaft erwies.

Dr. Brüning hat an sieben Kindern die v. Meringsche Kindernahrung, die unter dem Namen „Odda“ in den Handel gebracht wird, geprüft und kam zu dem Resultate, dass dieses Präparat für magendarmkranke Kinder namentlich aber auch für solche ohne Störungen des Verdauungstraktus nicht nur als Zusatz, sondern auch in geeigneten Fällen vorübergehend als ausschliessliche Nahrung mit gutem Erfolge verabreicht werden kann.

Die zweite Auflage des Handbuches „Grundriss der Kinderheilkunde“ von Dr. Hauser enthält eine ausführliche Darstellung der pädriatischen Diätetik und entspricht dadurch einem wirklichen Bedürfnisse des Praktikers.

Die Biologie des Fettes von Dr. Rosenfeld (Münch. med. Wochenschr. Nr. 1). — Zur Frage des Einflusses von Fett und Kohlehydrat auf den Eiweissumsatz des Menschen von Dr. Tallqvist (Arch. f. Hyg. 41. Bd.). — Über die Bedeutung des Eiweisses von Dr. Cohnheim (Zeitschr. f. phys. Chem. 33. Bd. — Ther. d. Gegenw. 2. H.). — Über Eiweiss als Nahrungsmittel von Dr. Loewi (Zentralbl. f. Phys. 15. Bd. — Ther. d. Gegenw. 2. H.). — Prof. Strauss über Osmodiätetik auf der deutschen Naturforscherversammlung zu Karlsbad (Münch. med. Wochenschrift Nr. 41). — Über die Bedeutung der Zerkleinerung und des Kochens der Speisen für die Verdauung von Prof. Lehmann (Arch. f. Hyg. 43. Bd.). — Über den Einfluss verschiedener Körperlagen auf die motorische Funktion des Magens von Prof. v. Mering (Ther. d. Gegenw. 5. H.). — Über die Bedeutung der Darmbakterien für die Ernährung von Dr. Schottelius (Zeitschr. f. diät. u. phys. Th. 6. Bd. 3. H.). — Über Resorption von Kohlehydraten von der Schleimhaut des Rektums von Dr. Reach (Arch. f. exp. Path. 47 Bd. — Schm. Jahrb. 275. Bd. 7. H.). — Über den zeitlichen Ablauf der rektalen Fettresorption von Dr. Baum (Ther. d. Gegenw. 9. H.). — Über die Resorptionsfähigkeit des Dickdarms von Dr. Barbiani (Policlin. — Ther. d. Gegenw. 2. H.). — Der Nutzen von subkutanen Zuckerinjektionen in der chirurgischen Behandlung geschwächter Kranken von Dr. Barker (Brit. med. Journ. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 23). — Über den Einfluss des Alkohols auf den Eiweissstoffwechsel bei Fiebernden von Dr. Ott. (Arch. f. exp. Path. 47. Bd. — Schm. Jahrb. 275. Bd. 8. H.). — Über die Verdaulichkeit der Speisen im Magen in Beziehung zur Hygiene von Prof. Fermi (Arch. f. Anat. u. Phys. — Schm. Jahrb. 273. Bd. 1. H.). — Die Brotsurrogate in Hungerzeiten und ihre Ausnützung im menschlichen Verdauungskanal von Prof. Erisman (Zeitschr. f. Biol. — Schm. Jahrb. 273. Bd. 2. H.). — Über ein Kochsalzsurrogat der Negerstämme von Prof. v. Bunge (Zeitschr. f. Biol. 41. Bd. 4. H. — Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 6. Bd 6. H.). — Diät in Beziehung zum Alter und zur Tätigkeit von Prof. Thompson (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 6. Bd. 2. H.). — Über Ernährung in der heissen Jahreszeit und im warmen Klima von Dr. Hirschfeld (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 38). — Die vegetabilische Diät und deren Bedeutung als Heilmethode von Dr. Kuttner (Berl. Klin. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 5. H.). — Der Kefir von Prof. Podwyssozki (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 5. Bd 7. u. 8. H.). — Über Roborat von Dr. Rosenfeld (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 6. Bd. 4. H.). — Roborat von Dr. Schürmayer (Ther. Monatsh. — Deutsche Praxis Nr. 2). — Über Roborat in der Privatpraxis von Dr. Flatau (Deutsche med. Wochenschrift. — Medico Nr. 38). — Über die Bedeutung des Leims als Nährmittel und ein neues Nährpräparat „Gluton“ von Dr. Brat (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 2). — Puro von Dr. Schäfer

Digitized by Google

(Münch. med. Wochenschr. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 1). — Über den Borsäuregehalt von frischen und geräucherten Schweineschinken von Dr. Polenske (Arb. a. d. kais. Gesundheitsamt 19. Bd. 1. H.). — Versuche über den Stoff- und Kraftwechsel des Säuglings mit besonderer Berücksichtigung des organisch gebundenen Phosphors von DDr. Cronheim und Müller (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 6. Bd. 1. u. 2. H.). — Vom Eisengehalte der Frauenmilch und seiner Bedeutung für den Säugling von Dr. Friedjung (Arch. f. Kinderheilk. — Schm. Jahrb. 273. Bd. 1. H.). — Über die Abtötung der Tuberkelbacillen in 60° C. warmer Milch von Dr. Hesse (Zeitschr. f. Tiermed. — Schm. Jahrb. 275. Bd. 7. H.). — Beitrag zur Frage des Einflusses hoher Temperaturen auf Tuberkelbacillen in der Milch von DDr. Bartel und Stenström (Zentralbl. f. Bakt. — Schm. Jahrb. 275. Bd. 7. H.). — Über pasteurisierte Milch von Dr. Hippius (Medic. obosr. Nr. 2). — Zur Pasteurisierung der Milch von Dr. Bilik (Arch. f. Kinderheilk. 32. Bd. 5. u. 6. H.). — Über Buttermilch als Säuglingsnahrung von Dr. Caro (Arch. f. Kinderheilk. 5. H. — Medico Nr 39). — Die Ernährung gesunder und kranker Säuglinge mit gelabter Kuhmilch von Dr. Langstein (Jahrb. f. Kinderheilk. 55. Bd.). — Die Ernährung im Säuglingsalter von DDr. Dhomont und Dubrisay (Ann. de med. et chir. inf. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 87). — Wann soll die Mutter ihr Kind nicht säugen von Dr. Metzlaar (Weekbl. f. Geneesk. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 87). — Ein neues Kindernährmittel von Dr. Frucht (Münch. med. Wochenschr. Nr. 2). — Zur Frage der Säuglingsernährung von Prof. v. Mering (Therap. Monatsh. 4. H.). — Zur Frage der Ernährung kranker Kinder mit „Odda" von Dr. Brüning (Ther. d. Gegenw. 7. H.). — Grundriss der Kinderheilkunde von Dr. Hauser. Verlag von J. F. Bergmann. Wiesbaden.

Erysipel. Dr. Krukenberg (Liegnitz) behandelt das Erysipel mit roten Lichtstrahlen. In der Infektionsabteilung des dortigen Krankenhauses liess Autor ein „rotes Zimmer" einrichten, indem nicht nur die Wände und Decke rot gestrichen und die Fenster mit rubinrotem Glase versehen sind und das künstliche Licht durch einen Zylinder mit oberer und unterer Lichtkappe, ähnlich wie in photographischen Dunkelkammern unschädlich gemacht wird, sondern auch die Vorräume, Klosett, Bad und Korridor sind hier mit roten Fenstern versehen. Autor weist darauf hin, dass nicht die roten Lichtstrahlen irgend eine Heilwirkung haben, sondern, dass nur sie es sind, welche keinen schädigenden Einfluss ausüben. In den 18 Fällen, die Autor auf diese Art behandelte, erzielte er durchwegs günstige Resultate. Hauptsächlich wurde die Fieberdauer ganz wesentlich abgekürzt.

Dr. Jerusalem (Wien) empfiehlt die Applikation konstanter Wärme zur Behandlung des Erysipels. Heisse trockene Tücher oder auch Umschläge mit Farina seminis lini, welche die Wärme ziemlich lange halten, ergaben vortreffliche Resultate. Auffallend war insbesondere die schnelle Behebung der Schmerzen und die Abkürzung des Krankheitsprozesses, sowie die Verhütung von Abscess- und Phlegmonenbildung, die fast in allen behandelten Fällen gelang. Verfasser wandte an Stelle der einfachen, überall zu beschaffenden Mittel die sauberer und bequemer zu handhabenden Thermophorkompressen an, die bei richtigem Gebrauche die konstante Einwirkung einer ziemlich hohen Temperatur ermöglichen. Theoretisch ist die Wirkung der Wärmetherapie wohl durch die Schaffung einer aktiven Hyperämie und damit vermehrter Zufuhr von Leukocyten zu erklären, welche als natürliche Schutzvorrichtungen des Organismus gegen Infektionskeime zu betrachten sind. Die Vernichtung letzterer besorgen die von den Leukocyten abgesonderten bakterienfeindlichen Stoffe (Alexine). Nicht bewährt hat sich das Verfahren beim Erysipelas migrans, insofern wenigstens, als der Prozess nicht aufzuhalten war. Aber nach Verfassers Erfahrungen ist ein richtiges Erysipelas migrans auch durch keines der anderen empfohlenen Mittel aufzuhalten, auch nicht durch lokale Injektionen oder die häufig versuchte Heftpflasterabschnürung, die ja übrigens auch nicht überall anwendbar ist. Von sonstigen Behandlungsarten hat Verfasser nicht viel Gutes gesehen; höchstens ist noch die Alkoholbehandlung als eine aussichtsvolle zu bezeichnen.

Dr. Gersuny (Wien) bepinselt die durch Erysipel affizierten Hautpartien mit Siccativ, das in jedem Ölfarbengeschäft vorrätig ist. Dasselbe bildet einen luftdicht abschliessenden Überzug der Haut. In mehr als der Hälfte der so behandelten Fälle hörte darnach der Schmerz auf, die Temperatur sank binnen wenigen Stunden bis zur Norm und das Erysipel schritt nicht fort. Nach vier Tagen wird der Verband entfernt.

Digitized by Google

An Prof. Stadelmanns Abteilung des städtischen Krankenhauses am Urban in Berlin wurden, wie Dr. Rosenbaum mitteilt, Pinselungen mit 3%igem Metakresolanytol bei Erysipel mit bestem Erfolge angewandt. Die Pinselungen wurden zweistündlich 10 Minuten lang vorgenommen. Das Mittel scheint nach Autor das Fortschreiten des Erysipels zu verhindern und die schon hervorgerufenen Erscheinungen zum Rückgang zu bringen. Üble Nebenwirkungen wurden keine beobachtet.

Über die Behandlung des Erysipels im roten Zimmer von Dr. Krukenberg (Münch. med. Wochenschr. Nr. 13). — Zur Therapie des Erysipels von Dr. Jerusalem (Klin. ther. Wochenschr. — Medico Nr. 11). — Behandlung des Erysipels von Dr. Gersuny (Medico Nr. 22). — Über die Behandlung des Erysipels mit Metakresolanytol von Dr. Rosenbaum (Fortschr. d. Med. Nr. 16).

Eubiose. Eubiose ist ein neues Blutpräparat, das sich, wie Dr. Lebbin (Berlin) mitteilt, als eine dickflüssige, rotbraune Masse präsentiert, welche beim Entkorken der Flasche und beim Ausgiessen leicht moussiert. Giesst man von der Eubiose etwas in ein halbes Glas voll Wasser, so entsteht für den Augenblick eine etwas getrübte bräunliche Lösung, welche in wenigen Minuten in eine klare, rote Lösung unter Abgabe von etwas Kohlensäure übergeht. Es ist das ein Beweis dafür, dass das Hämoglobin unter dem Einfluss der Kohlensäure die bekannte wohlhaltbare Verbindung eingeht, welche bei Zutritt von Sauerstoff ihre Kohlensäure abgibt und in das rote Sauerstoff-Hämoglobin sich verwandelt. Die Analyse zeigt, dass tatsächlich weder Glycerin, noch Zucker, noch überhaupt andere Stoffe ausser der Kohlensäure und einer Spur Vanille in der Eubiose sich finden. Nach den vorgenommenen physiologischen Versuchen ist die Eubiose als ausserordentlich gut verdaulich (nämlich vollständig bis auf 1,33%) anzusehen. Der hohe Gehalt an Hämoglobin und Eiweissstoffen überhaupt dürfte bis jetzt unübertroffen sein, und ist die Eubiose wohl geeignet, die an ein modernes Blutpräparat zu stellenden Anforderungen zu erfüllen. Insbesondere dürfte sie sich da als einen willkommenen Bestandteil der Diät erweisen, wo es gilt, die Zufuhr von Kohlehydraten und verwandten Verbindungen zu vermeiden.

Eubiose, ein neues Blutpräparat von Dr. Lebbin (Ärztl. Rundsch. — Med. Neuigkeit. Nr. 5).

F.

Fango. Dr. Silber (Breslau) erörtert die Wirkungsweise der Fangoapplikation. Der Fango schmiegt sich aufs innigste an die Körperhaut an und wirkt durch seinen Druck als eine Art Massage. Vermöge seiner geringen Wärmeleitungsfähigkeit kann Fango stundenlang gleichmässig warm erhalten werden. Der Feuchtigkeitsgehalt des Fangos verhindert die Regulation mit der Aussenwelt und erhöht dadurch die an und für sich beträchtliche Wärmestauung. Diesen Eigenschaften des Fangos entspricht die intensive Alteration des Stoffwechsels und macht die hervorragenden Heileffekte bei Exsudaten, pathologischen Ablagerungen und ähnlichen Abnormitäten erklärlich; wird doch die Eigenwärme bei Applikationen mit Einpackung des ganzen Körpers um 1—1,5°C. erhöht. Dabei steigert sich die Pulsfrequenz nur unbedeutend, im Durchschnitt um 10—12 Schläge und die Atmung um ca. sechs Atemzüge in der Minute. Infolgedessen werden auch die Fangopackungen durchwegs gut vertragen. Dieselbe Wärmestauung zeigt sich auch bei isolierter lokaler Applikation ohne Einpackung des ganzen Körpers in dem gerade behandelten Bezirk, wie Verfasser an zahlreichen Messungen und Beobachtungen hat feststellen können, so dass es durchaus rationell ist, lokale Erkrankungen gewisser Art mit lokaler Anwendung von Wärme zu behandeln.

Digitized by Google

Dr. Mory (Adelboden) stellt folgende Indikationen für die Fangokur auf. Zunächst bewährt sich die Fangotherapie bei rheumatischen Affektionen der Gelenke. Sowohl bei akuter Polyarthritis rheumatica, wie auch beim chronischen Gelenksrheumatismus hat Autor gute Erfolge mit Fango erzielt. Überraschende Erfolge bewirkt die Applikation des Fangos beim typischen akuten Gichtanfall. Muskelrheumatismus, Ischias, Neuralgieen der Rippen, der Extremitäten und des Kopfes, Neuritiden und Beschäftigungsneurosen bilden ein dankbares Feld für die Fangotherapie. Gute Erfolge werden noch bei Beckenexudaten, Metritiden, Osphoritis und Salpingitis erzielt. Autor erwähnt auch die hervorragend rasche Wirkung der Fangoapplikation bei Gallensteinkolik. Endlich werden Schmerzen, die nach Distorsionen und Frakturen zurückbleiben, durch die Fangoapplikation günstig beeinflusst.

Dr. Silber über therapeutische Verwendung der Wärme mit besonderer Berücksichtigung der Fangobehandlung in der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 16 u. 17). — Die Fangokur und deren Indikationen von Dr. Mory (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 6. Bd. 5. H.).

Favus. Gegen Favus verwendet Dr. Ssolowyen mit gutem Erfolge Formalin. Nach der Entfernung der Borken durch Einreibungen mit Karbolöl (1 : 30), das über Nacht, mit Borsäurekompressen bedeckt, in loco belassen wird, macht man Einreibungen des Kopfes mit 5% Formalinlösung. Schon nach zehn Tagen sind keine Pilze mehr nachweisbar. In schweren Fällen sind 10% Formalinlösungen erforderlich.

Behandlung des Favus mit Formalin von Dr. Ssolowyen (Medico Nr. 24).

Fettleibigkeit. Dr. Luethjes Versuche, die er an Tieren anstellte, zeigen, dass ein spezifischer Einfluss der Geschlechtsdrüsen auf den Fettansatz und den Stoffwechsel überhaupt nicht existiert. Wenn dennoch in manchen, keineswegs allen Fällen von Kastration oder Klimakterium eine Fettaufspeicherung im Organismus statthat, so kann die Ursache dafür eine ganz indirekte sein: Veränderungen der psychischen Sphäre im Sinne grösserer Gemütsruhe wie vordem, und damit Hand in Hand gehend Verringerung der mechanischen Arbeitsleistungen. Diese Feststellungen haben zweifellos auch ihre therapeutische Bedeutung. Indem sie uns zeigen, dass der Ausfall der Funktion der Geschlechtsdrüsen einen spezifischen Einfluss auf die Fettansammlung im Körper nicht hat, können sie gleichzeitig als Hinweis darauf gelten, dass z. B. die Fettsucht des Klimakteriums sowie der Kastrierten einfachen zielbewussten diätetischen Entfettungskuren ebenso zugänglich ist, wie die gewöhnliche Polysarcie.

Prof. Rubner (Berlin) hatte Gelegenheit, an einem elfjährigen fettsüchtigen Knaben und an dessen normal entwickeltem etwas älteren Bruder die Vorgänge des Stoff- und Kraftwechsels eingehender experimenteller Untersuchung zu unterziehen. Als eines der wesentlichsten Ergebnisse hat Rubner einwandfrei bestätigen können, dass jedenfalls in dem beobachteten Fall von einem Darniederliegen der Verbrennungsvorgänge beim Fettsüchtigen, mit der man vielfach das Wesen der Fettsucht erklärt haben wollte, keine Rede sein kann. Der fettsüchtige Knabe liess in keiner Weise irgend einen Hinweis auf etwa verminderte Lebensenergie erkennen, vielmehr stimmte sein Kraftwechsel mit dem eines nicht fettsüchtigen von gleichem Gewicht überein. Auch die vielfach verbreitete Annahme, dass die Zersetzungsgrösse des Körpers von der Eiweiss- resp. Protoplasmamasse abhängig sei, ist nach Rubners Untersuchungen nicht haltbar; nicht die Eiweissmasse als solche, sondern vielmehr ihre wechselnden funktionellen Änderungen sind hier massgebend. Wenn die geringere Eiweissmasse des fetten Körpers schliesslich dieselben Mengen Kalorien erzeugt, wie ein ebenso schwerer — also protoplasmareicherer — magerer Körper, eine Tatsache, die mit Klarheit aus den Rubnerschen Beobachtungen hervorgeht, dann muss also diese geringere Eiweissmasse des Fetten sogar eine lebhaftere Lebens-

Digitized by Google

tätigkeit entwickelt haben! Rubner erblickt in dieser interessanten Tatsache einen kompensatorischen Vorgang. Dieser kann nach seiner Vorstellung insufficient werden, wenn die Anforderungen bei immer mehr zunehmender Fettablagerung gewisse Grenzen überschreiten. Die Vorbedingung des Fettansatzes kann nach Rubner nur eine überreichliche Kost sein und nicht Darniederliegen des Energieverbrauchs. Auch weist Autor darauf hin, dass in manchen Fällen von Fettsucht wohl nicht eine Ernährungsanomalie, sondern eine Verdauungsanomalie vorliegt. Den letzten Punkt der Besprechung bilden die Verhältnisse der Wasserdampfausscheidung bei Fetten, die bisher überhaupt so gut wie nie berücksichtigt worden waren. Hier vermochte er zahlenmässig festzustellen, dass die Schweisssekretion des Fetten bei mittleren Temperaturen nichts ungewöhnliches hat, bei höheren Temperaturen (36—37°) dagegen enorm ansteigt. Die Existenz ist dann für ihn nur bei erheblicher Trockenheit der Luft möglich, während der Magere noch wenig ungünstig davon beeinflusst wird. Der Fette zeigt also hinsichtlich der Lebensbedingungen und der Grenzen der Gesundheit eine wesentlich eingeschränkte Akkomodationsbreite für höhere Temperaturen. Sie erscheint so wesentlich reduziert, dass sogar die jahreszeitlichen und klimatischen Schwankungen Gesundheitsstörungen und bedenkliche Zustände hervorrufen können. Ein grössere Widerstandsfähigkeit gegen die Kälte hat sich andererseits nicht herausgestellt. Noch enger sind die Grenzen normalen Befindens, wenn der Fette unter Bedingungen, die die Wasserabdunstung erschweren, Arbeit leisten soll. Da der Fette erhöhte Arbeitsleistung wegen des leicht sich einstellenden Bangigkeitsgefühles scheut, wird also der Fettansatz durch Ausfall der Arbeit nur noch mehr begünstigt. So lange sich der Fette innerhalb seiner funktionellen Grenzen hält, unterscheidet er sich also hinsichtlich seiner Arbeitsleistungen wenig von dem Normalen, aber die Grenzwerte seiner Leistungen liegen ganz anders, ein Gesichtspunkt, auf dessen Bedeutung Rubner besonders nachdrücklich hinweist, und der bei der Beurteilung von Stoffwechselanomalien seiner Ansicht nach häufig zu Unrecht vernachlässigt wird.

Dr. Lauder Brunton unterscheidet zwischen einer plethorischen und einer anämischen Fettsucht; letztere Art ist bekanntlich beim weiblichen Geschlecht oft anzutreffen. Was die Diät betrifft, so ist zu bemerken, dass die völlige Entziehung von allem Fett in der Nahrung eine ungünstige Wirkung auf die geistigen Fähigkeiten auszuüben scheint, wie denn auch das Gehirn überhaupt einen grossen Prozentsatz von Fett enthält.

Dr. Burney Yeo unterscheidet zwischen leicht zu behandelnder Fettsucht, die auf ungeeigneter Lebensweise beruht, und den schwer zu behandelnden, durch abnorme physiologische Anlage bedingten Fällen. Er hat mit einer absoluten Milchdiät bei vollständiger Bettruhe auch gute Resultate erzielt. Die Methode von Salisbury mit Fleisch und heissem Wasser ist bei alten Leuten wegen der dadurch bedingten Schwächung des Herzens gewagt.

Dr. Schott (Nauheim) bespricht die drei Formen des Fettherzens, äussere, innere und die fettige Entartung. In therapeutischer Beziehung empfiehlt er am meisten neben geeigneter Diät und Vermeidung von Flüssigkeiten bei den Mahlzeiten in der Anfangszeit Massage, alsdann methodische Übungen, ferner kühle, kohlensäurehaltige Bäder lieber, als türkische.

Dr. Luff hat mit dem reichlichen Trinken von heissem Wasser vor den Mahlzeiten oder in der Zwischenzeit gute Erfolge gehabt.

Von der Beobachtung ausgehend, dass die Ausnutzung der Nahrungsmittel durch Einnahme von borsaurem Natrium geschädigt wird, prüfte weil. Prof. Gerhardt (Berlin) den Einfluss dieses Mittels auf Fettsüchtige. Bei drei Versuchspersonen wurde nach entsprechender Regelung der Diät und nach mehrmonatlichem Boraxgebrauch eine Abnahme des Körpergewichtes von 3—13 Pfund erzielt. Unter dem Einflusse des Borax scheint namentlich die Ausnutzung der Fette herabgesetzt zu werden. Am zweckmässigsten reicht man das Mittel dreimal täglich

Digitized by Google

0,5 g. Grössere Dosen werden schlecht vertragen.

Zuerst 1892 von Dercum, dann genauer von White beschrieben, betrifft die durch starke Fettablagerung in der Haut und im Unterhautzellgewebe und durch eine bisweilen exzessive Schmerzhaftigkeit der befallenen Stellen charakterisierte „Adipositas dolorosa" hauptsächlich Frauen im Alter von 40—60 Jahren; Hände, Füsse und Gesicht blieben stets frei; die Sensibilität war im allgemeinen herabgesetzt, ebenso die Muskelkraft; der Urin war normal, Ödeme waren nicht vorhanden, die Krankheit hatte meist fortschreitenden Charakter! Mehrfach war die Schilddrüse krankhaft verändert. Prof. Strübing (Greifswald) hat seit 1881 mehrere Fälle beobachtet und in den meisten eine allgemeine starke Adipositas gefunden. Am häufigsten fanden sich die schmerzhaften Infiltrationen, die bald mehr circumskript, bald diffuser auftreten, an den Beinen, zuerst an den Unterschenkeln, wobei jedoch die dem Drucke des Stiefels oder des Strumpfbandes ausgesetzten Teile frei blieben. Mit Ausnahme von drei Männern und einem zwölfjährigen Mädchen handelte es sich auch bei Autor nur um Frauen im Klimakterium. Bei einigen Kranken bestanden hysterische Erscheinungen und bei der Mehrzahl Anämie ohne objektiv nachweisbare Blutveränderungen. Zum Vergleiche mit den von anderen beschriebenen Fällen teilt Strübing einige besonders charakteristische Fälle mit. In Frankreich, wo man sich mit der Erkrankung mehr beschäftigt hat, wurde sie als neuropathisch angesehen, und von Charcot als „Oedème hysterique" oder „Oedème blanc et bleu" bezeichnet, da er sie namentlich bei Patienten mit Neurosen fand. Strübing zieht jedoch den Namen „Adipositas dolorosa" als bezeichnender für das Krankheitsbild vor, zumal ein wirkliches Ödem nicht vorhanden ist. Die Behandlung, die lange fortgesetzt werden muss, besteht in kräftiger Massage, warmen Bädern und Kompression durch Binden.

Einfluss der Kastration auf den Fettansatz im Organismus von Dr. Luethje (Arch. f. exp Path. 48. Bd. 3. H. — Ther. d. Gegenw. 11. H.). — Beiträge zur Ernährung im Knabenalter mit besonderer Berücksichtigung der Fettsucht von Prof. Rubner Berlin, Verlag von A. Hirschwald, 1902. (Ther. d. Gegenw. 2. H.). — Dr. Lauder Brunton, Dr. Burney Jeo, Dr. Schott und Dr. Luff über die Behandlung der Fettsucht in der Medical Society of London (Münch. med. Wochenschrift Nr. 13). — Über Entfettungskuren von Prof. Gerhardt (Ther. d. Gegenw. 6. H.). — Über Adipositas dolorosa (Dercum) und das Oedème blanc et bleu (Charcot) von Prof. Strübing (Arch. f. Derm. u. Syph. 59. Bd. 2. H. — Schm. Jahrb. 274. Bd. 6. H.).

Fissura ani. Oberflächliche Einrisse der Analschleimhaut behandelt Prof. Gussenbauer (Wien) mit Regelung der Darmentleerung, Desinfektion der Analportion und Applikation von Salbe, Jodoform, Dermatol etc. Bei tieferen Fissuren, deren Ränder mehr minder kallös sind, wendet Autor die forcierte Dehnung des Sphinkters nach Recamier in der Weise an, dass er in tiefer Narkose zuerst den einen Zeigefinger schonend in den Anus einführt, hierauf den zweiten ebenso schonend, und nun den straff gespannten Sphinkter langsam und allmählich unter zunehmendem Zuge der Finger in entgegengesetzter Richtung so lange ausdehnt, bis derselbe erschlafft erscheint. Die Fissur wird dabei ebenfalls gedehnt und reisst manchmal ein, aber nicht plötzlich, und es kommt daher zu keiner Blutung. Die Analportion wird sodann mit Salicylsäurelösung irrigiert, was besonders dann notwendig ist, wenn nach durchgeführter Dehnung Fäces aus dem Rektum sich vordrängen oder Schleim und Eiter abgehen. Die Fissur wird dann mit Jodoformpulver bestreut oder mit Jodoformgaze tamponiert und trocken verbunden. Nach dem Erwachen aus der Narkose haben die Patienten anfangs Schmerzen, dieselben hören aber bald auf und die Entleerungen erfolgen schmerzlos, selbst wenn sie am ersten Tage eintreten. Die Heilung der Fissur erfolgt in einigen Tagen bis zwei Wochen, die Kontinenz stellt sich bald wieder her. Wenn Kontraindikationen gegen die allgemeine Narkose bestehen, kann die Operation auch ohne dieselbe ausgeführt werden. Die lokale Anästhesierung der Schleimhaut ist gegen die Schmerzen der Sphinkterdehnung wirkungslos.

Digitized by Google

Über die Behandlung der Fissura ani von Prof. Gussenbauer (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 2).

Foetor ex ore. Prof. Rosenheim (Berlin) macht darauf aufmerksam, dass der Foetor ex ore sehr oft gastrointestinalen Ursprunges ist. In Fällen, wo keine anderen Veränderungen vorliegen, ist es häufig eine Eiweissfäulnis, welche den Foetor bedingt. Beschränkt man die Eiweisszufuhr und werden reichlich Kohlehydrate gegeben, so wird ein günstiger Einfluss nicht zu verkennen sein. Die Sorge für regelmässige und gründliche Evakuation des Darms ist von grosser Wichtigkeit für die einschlägigen Fälle, wie überhaupt überall da, wo eine sogenannte Entgiftung oder Desinfektion des Intestinaltraktus für geboten erachtet wird. Autor redet für diese Zwecke, insbesondere auch zur Beeinflussung von Darmzuständen, die Foetor oder Hautausschläge bewirken, angelegentlich dem Gebrauch von Glaubersalzwässern das Wort. Sie sollen aber regelmässig und ausgiebig wochenlang gebraucht werden, wozu es ja nicht immer nötig ist, den betreffenden Brunnenort aufzusuchen. Die zu erzielende Wirkung soll die sein, dass durch den von ihnen angeregten starken Flüssigkeitserguss in das Darmrohr eine vollkommene tägliche Leerung des Dickdarms, des Sitzes aller Fäulnisprozesse, herbeigeführt wird. Von Darmdesinfektionsmitteln, innerlich genommen, haben wir hier, wie bei anderen Zuständen, keine entscheidende Wirkung zu erwarten; aber prinzipiell den Gebrauch derselben zu perhorreszieren, liegt kein Grund vor. Autor hat z. B. entschieden den Eindruck, dass das Menthol, das er vielfach verwendet, seinen Patienten genützt hat. Er lässt 0,1—0,15 mit Saccharum zu gleichen Teilen in Caps. gel. mehrmals täglich nehmen.

Foetor ex ore gastrointestinalen Ursprungs von Prof. Rosenheim (Ther. d. Gegenw. 11. H.).

Forman. Forman ist der Chlormethylmenthyläther, der unter dem Einfluss von heissem Wasser Formaldehyd und Menthol entwickelt. Dr. Bresgen (Wiesbaden) berichtet über den Wert des Mittels bei der Behandlung des akuten Schnupfens. Die Anwendung geschieht mittelst des von der Firma Lingner in Dresden dem Präparate beigegebenen Nasenglases, welches mit heissem Wasser zur Hälfte gefüllt und mit einer Formanpastille beschickt wird, worauf sofort die Entwickelung der Dämpfe beginnt. Diese werden etwa vier- bis fünfmal täglich je fünf Minuten lang mit Hilfe der zum Nasenglas gehörigen gabelförmigen Röhre in tiefen Zügen durch die Nase eingesaugt und durch den Mund ausgeatmet. Die Wirkung ist eine augenblickliche und um so auffallender, je früher die Anwendung erfolgt. Ganz frische, noch nicht zur Entwickelung gekommene Schnupfenfälle können coupiert werden, doch wird auch bei schon eingetretener vermehrter Absonderung durch mehrtägige Anwendung Heilung erzielt, jedoch muss hier nach Beseitigung der Krankheitserscheinungen das Mittel noch angewendet und erst allmählich weggelassen werden. Bei Kindern wendet man Formansalbe, mehrmals täglich halb-linsengross in die Nasenhöhlen eingeschoben, an; für die Reise oder wenn die Anwendung des Nasenglases untunlich ist, gebraucht man die Formanwatte, von welcher man sehr dünne Stückchen in jedes Nasenloch steckt. Bei Stock- oder Dauerschnupfen ist das Forman ohne Heilwirkung, jedoch vermag es, besonders nachts in die Nase eingeschoben, lindernd zu wirken und die Atmung freier zu machen.

Auch Dr. Suchannek (Zürich) beobachtete schnelle Heilerfolge bei einfachen frischen Katarrhen der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes, ja selbst bei Stirnhöhlenkatarrhen, und Linderung der Beschwerden bei chronischen Katarrhen, Ozäna etc. Suchannek hält das Forman auch für ein gutes Prophylaktikum bei Influenza und für ein geeignetes Coupiermittel bei gegen Erkältungen empfindlichen Tuberkulösen, und glaubt, dass es auch bei nervösem Schnupfen und Heuschnupfen nicht unversucht bleiben sollte.

Der Wert des Formans bei der Behandlung des frischen Schnupfen von Dr. Bresgen (Ärztl. Praxis Nr. 9). — Über Forman und seine Anwendung von Dr. Suchannek (Fortschr. d. Med. Nr. 3.)

Digitized by Google

Frakturen. Über die neueren Fortschritte in der Behandlung der Knochenbrüche sprach Prof. Bier im Greifswalder medizinischen Vereine. Zunächst bedeuten die Röntgenstrahlen einen bedeutenden Fortschritt auf diesem Gebiete, sie werden nicht nur zur Diagnose, sondern auch zur Therapie verwendet, indem die Einrenkung genau nach der durch das Bild gezeigten Verschiebung vorgenommen und eventuell durch ein neu aufgenommenes Bild korrigiert wird. So werden vollkommenere Heilungen von Knochenbrüchen, als früher erzielt. Der zweite Fortschritt ist durch die von Hessing eingeführten und durch Krause modifizierten Gehverbände gemacht. Die dritte bedeutende Verbesserung ist durch die allgemein durchdringende Erkenntnis bewirkt, dass das lange Liegen ruhig stellender Verbände schädlich ist, häufiger Wechsel der Verbände, Massage und aktive und passive Bewegungen der benachbarten Gelenke sind durchaus erforderlich, ja Bier behandelt nach Petersens Vorschrift Brüche in der Nähe der Gelenke, vor allen Dingen Radiusbrüche, ohne jeglichen feststellenden Verband, lediglich durch eine dicht über dem Handgelenk angelegte Armbinde, in welcher der Unterarm, ähnlich wie in einer Mitella getragen wird. Bei eingekeilten Schenkelhalsbrüchen alter Leute lagert Bier das Bein zwischen Sandsäcken und sorgt durch Klopfen gegen die Fusssohle, sowie gegen den Trochanter und frühzeitig begonnene Bewegung und Massage dafür, dass die Atrophie des Knochens vermieden wird.

Dr. Nölker (Heidelberg) hat Studien darüber gemacht, wie weit man primär operativ bei Frakturen eingreifen soll, um die Knochennaht anzulegen. Er kam zu den Schluss, dass die primäre Naht nicht das in bezug auf die Heilung erfüllte, was man von ihr erwarten sollte. Es vergingen oft Monate bis zur vollkommenen Konsolidation. Was die Verbesserung der Resultate anbelangt, so sind allerdings alle Möglichkeiten gegeben zur möglichst guten Koaptation, doch hat in zwei Fällen die Knochennaht eine Verschiebung der Fragmente nicht verhindern können. Bei Schrägfrakturen, Rotationsfrakturen und denen der Gelenke, bei allen komplizierten Frakturen kommt aber die Naht in Betracht, ebenso in den Fällen, wo an einer Extremität zwei Frakturen (Ober- und Unterschenkel, Ober- und Vorderarm) vorhanden sind.

Nach Dr. Arbuthnot Lanes (London) Meinung gibt es bei den Schrägfrakturen nur zwei Behandlungsmethoden, wenn man nicht operiert, d. i. genaue Apposition, ehe eine Blutung eingetreten ist, oder Abwarten, bis das Hämatom absorbiert und die Entzündung verschwunden ist, Da aber das erstere Verfahren kaum möglich sein wird, bei dem zweiten schon Verkürzungen eingetreten sein werden, so gibt es nur die dritte Möglichkeit der primären Knochennaht, die öfter nötig ist bei der unteren als bei der oberen Extremität. Durch Anwendung sehr bedeutender Streckung am Bein und durch den Gebrauch von Hebeln und starken Knochenzangen war er im stande, genaue Apposition von den Bruchstücken der Tibia und Fibula herzustellen, selbst wenn die Menge der Blutung und die Entzündung eine bedeutende war. Der Kraftaufwand, der dazu nötig war, war sogar beim Femur bedeutend geringer. Lane brauchte Silberdraht oder gewöhnliche Schrauben zur Fixation, fasste, um Infektion zu vermeiden, die Wunden nicht mit dem Finger an. Sehr schwierig waren oft die Operationen an alten, mangelhaft eingerichteten Knochen (Tibia und Fibula, Radius und Ulna), die in vier verschiedenen Richtungen erst durchgesägt werden mussten, ehe die Achsen der vier Bruchstücke zusammenhängend gemacht werden konnten.

Dr. Dagron rühmt die Massage bei Gelenkerkrankungen und bei frischen Frakturen. Als Beispiel einer frischen Gelenkverletzung nimmt er die Verstauchung des Fussgelenkes. Er beginnt mit der Massage des Gelenkes sofort. Durch die Massage will Autor auch viele Fälle von jahrelang bestehendem chronischem Hydrops des Kniegelenkes definitiv geheilt haben. Bei der Massagebehandlung der Frakturen beschränkt Dagron diese im allgemeinen

Digitized by Google

auf die Gelenkfrakturen. Es soll kein fester Verband angelegt werden. Er wendet sich gegen die alte Ansicht, dass eine Fraktur nur durch Immobilisierung heilt. Zum Beispiel führt er die Rippen- und Schlüsselbeinbrüche an, bei denen eine völlige Ruhigstellung der Fragmente auch in einem noch so gut angelegten Verbande überhaupt nicht möglich ist, der beste Beweis, dass eine Ruhigstellung zur Heilung nicht notwendig ist.

Nach Dr. Riedingers Auffassung besteht die Aufgabe des Gehverbandes bei Beinbrüchen in der Anlegung eines Kontentivverbandes, der die Retention der Bruchstücke auch beim Auftreten auf das Bein verbürgt. Die Belastung des gebrochenen Knochens durch das Körpergewicht ohne die Möglichkeit einer Verschiebung hält Riedinger für vollkommen gefahrlos. Voraussetzung für den Gipsverband ist unbehinderte Reposition und Fehlen einer Kontraindikation gegen den Gipsverband. Bei Diaphysenbrüchen des Ober- und Unterschenkels muss das zentrale und das peripherische Gelenk immobilisiert werden. Erst nach der zweiten Woche sind bei diesen artikulierte und abnehmbare Verbände zulässig. Bei Gelenkbrüchen sind letztere früher gestattet. Bei Oberschenkelbrüchen kann der Gipsverband am ersten oder zweiten Tage nach der Fraktur angelegt werden. Bei Unterschenkelbrüchen empfiehlt sich die sofortige Anlegung des Verbandes nicht. Die Verbände werden am zweckmässigsten über eine faltenlose dünne Trikot- oder Bindenunterlage angelegt und dürfen nirgends einschnüren. Ohne einwandfreie Technik und Nachbehandlung ist der Gipsverband gefährlicher, als jede andere Methode der Frakturbehandlung. Fehler lassen sich aber leicht vermeiden.

Prof. Dollinger (Budapest) benutzt für die Oberschenkel- und Oberarmfrakturen Neugeborener und kleiner Kinder abnehmbare Gipsschienen. Für den Oberschenkel werden dieselben in folgender Weise hergestellt. Die Schienen sollen vom Fuss bis zum Nabel reichen, eine an der vorderen, eine an der hinteren Seite. Man nimmt entsprechend breite (6 cm und mehr) feuchte Gipsbinden und legt zehn Lagen derselben zusammen. Am Rumpfteil soll die Gipsbinde fächerförmig auseinander weichen, so dass sie bis zur Mitte des Körpers reicht. Auf die dem Körper zugekehrte Seite der Schiene legt man eine Watteschicht und über das Ganze eine Schicht Mull ohne Gips. Die Extremität wird dann in Hüfte und Knie um etwa 100 gebeugt, die Winkelstellung ausgeglichen. Die vordere Schiene wird nun angelegt, mit einer feuchten Gazebinde befestigt und mit dem Daumen recht fest in die Ausbuchtung unter der Spina hineingedrückt. Nach Erhärtung der vorderen Binde wird in gleicher Weise die hintere gefertigt. Dieselbe muss beim Erhärten recht fest an den unteren Ast des Sitzbeines und an den unteren Ast des Schambeines angedrückt werden. Die provisorisch angelegten Mullbinden werden entfernt, und die Schienen von neuem mit einigen Mullbinden befestigt. Grosse Sorgfalt ist der Reinhaltung des Verbandes zuzuwenden. Bei Neugeborenen wird der Verband mit einer Windel umwickelt, eine weitere Windel kommt zwischen die Beine und wird bei jeder Durchnässung gewechselt. Ist die Schiene nass, so wird sie in der Herdröhre getrocknet. Nach zehn Tagen ist die Schiene erweicht und muss durch eine neue ersetzt werden. Nach drei Wochen ist die Konsolidation in der Regel beendet. Die Kinder können mit dem Verband herumgetragen werden. In ähnlicher Weise lassen sich auch Gipsschienen für Oberarmbrüche anfertigen. Der Oberarm wird dabei bis zu einem Winkel von 130° abduziert, der Vorderarm rechtwinkelig gebeugt und supiniert. Die Schiene reicht vom unteren Drittel des Vorderarms bis hinauf in die Achselhöhle, schlägt auf den Thorax um und reicht bis zur 12. Rippe herunter, nach vorne bis zur Brustwarze, nach hinten bis zum Rippenwinkel. Eine zweite Schiene kommt auf die Aussenfläche des Oberarms. Der Verband wird täglich entfernt und der Arm massiert.

Dr. Heller (Leipzig) beschreibt eine von Prof. Friedrich angegebene Verbandmethode für Humerusfrakturen, welche von diesem seit mehreren Jahren mit gutem Erfolge benutzt wird.

Digitized by Google

Der Verband wird aus starker Pappe, einigen Cambricbinden, 2—3 breiten Gips- oder Stärkebinden und Polsterwatte hergestellt. Aus der Pappe wird eine Art Triangel, ähnlich dem Middeldorpf'schen Triangel, zurechtgeschnitten, das sich in Gestalt eines breiten Streifens vom Rippenbogen bis in die Axilla dem Thorax anschmiegt, in der Achselhöhle umgebogen als Schiene für den Oberarm dient und schliesslich vom Ellenbogen rechtwinkelig nach abwärts geführt und als Schlussstück des Dreiecks am Brustst ück befestigt wird. Das Brustst ück muss entsprechend breit sein, um dem Thorax gut anzuliegen; die Breite der Oberarmschiene soll nur der Dicke des Armes entsprechen; zur grösseren Sicherung der Lage wird sie mit zwei seitlichen Flügeln versehen, von denen der äussere bis zum Olekranon, der innere nur bis zur Ellenbeuge reicht. Nach vorn setzt sich an das untere Ende des Humerusstückes rechtwinkelig eine Schiene für den Unterarm an, die bis zur Basis der Finger reichen soll. Das Schlussstück des Triangel, das als Strebepfeiler die Last des Armes zu tragen hat, wird am besten durch einen zweiten gleich langen Pappstreifen, Fournierleisten oder dergleichen verstärkt und mittelst einer kurzen Klappe am Brustst ück befestigt. Der Papptriangel wird nun sorgfältig gepolstert, am einfachsten mit Kompressen aus gelber Watte, die vorher mit einigen Mullbindentouren fixiert werden; auch mit Filz ist eine gute und gleichmässige Polsterung zu erzielen. Am zweckmässigsten macht man das Brustst ück fast ebenso lang wie die von der Achselhöhle bis zum Olekranon gemessene Länge des Oberarms. Die in dieser Weise vorbereitete Schiene wird nun nach guter Reposition der Fragmente unter dauernder Extension am rechtwinkelig gebeugten Vorderarm und Gegenextension an Schulter und Arm angewickelt. Eine Bindentour nach Art einer Mitella parva stützt den Vorderarm, und 2—3 Gipsbinden (resp. Stärkebinden) geben dem Ganzen einen genügenden Grad von Festigkeit, ohne das Gewicht sehr zu vermehren.

Dr. Wieting beschreibt einen Zugverband, der sich für eine mehrfache Kieferfraktur, in der die leicht reponierbaren Bruchstellen durch eine Kautschukschiene nicht festzuhalten waren, vielmehr immer wieder zurücksanken, gut bewährte. Nach gleichmässiger Dauerpolsterung wird Kopf und Hals in einen Gipsverband eingeschlossen (der besonders am Hinterkopf und den Warzenfortsätzen gut modelliert sein muss), in diesen Verband wird ein Zinkstreifen eingegipst, der an mehreren Stellen und den Enden eingekerbt ist und der in seiner Lage dem Bogen des Unterkiefers entspricht. Der am Kiefer befestigte Silberdraht wird nach Erreichung einer richtigen Stellung der Fragmente über dem Zinkstreifen geknotet. Eventuell kann zur Erzielung permanenter Extension ein Stück Gummischlauch in den Verlauf des Silberdrahtes eingefügt werden.

Prof. Bier über die neueren Fortschritte in Behandlung der Knochenbrüche im Greifswalder medizinischen Verein (Münch. med. Wochenschr. Nr. 13). — Dr. Nölker über die Behandlung der Frakturen mit primärer Knochennaht auf dem deutschen Chirurgenkongresse zu Berlin (Münch. med. Wochenschr. Nr. 15). — Dr. Lane über Resultate der primären Knochennaht bei Frakturen ebendaselbst (Ebendaselbst). — Über Massage von Dr. Dagron (Bull. méd. — Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 6. Bd. 4. H.). — Die ambulatorische Behandlung der Beinbrüche von Dr. Riedinger (Würzb. Abh. 2. Bd. 9. H. — Schm. Jahrb. 276. Bd. 11. H.). — Die Behandlung der Oberschenkel- und Oberarmbrüche Neugeborener und kleiner Kinder von Prof. Dollinger (Deutsche Zeitschr. f. Chir. 65. Bd.). — Oberarm- und Schultergelenkbruchverband von Dr. Heller (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 46). — Ein Verband für Unterkieferfrakturen von Dr. Wieting (Zentralbl. f. Chir. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 2).

Fremdkörper. Bei den am häufigsten in der nicht verengten Speiseröhre stecken bleibenden Fremdkörpern dient die Ösophagoskopie nach Prof. v. Hacker (Innsbruck) oft einem doppelten Zwecke, nämlich der Diagnose und, sobald diese durch die Kontrolle des Auges gesichert ist, sofort auch der Therapie. Der Ösophagoskopie ist immer eine vorsichtige Sondenuntersuchung vorauszuschicken, ausgenommen die Fälle, in denen etwa von vornherein über den Sitz des Fremdkörpers kein Zweifel besteht. Zur Sondierung hat sich v. Hacker eine besondere Fremdkörpersonde anfertigen lassen.

Digitized by Google

Sie besteht aus einer mittelstarken englischen Bougie, deren zylindrisches Einführungsende durch ein der Form nach damit völlig übereinstimmendes, fest angeschraubtes längeres Elfenbeinstück, bezw. vernickeltes Metallstück ersetzt ist. Zum Fassen von Glas- und Geschirrscherben benutzt v. Hacker eine eigene, von Leiter konstruierte Zange mit zwei löffelförmigen, fest aufeinandersitzenden, gummiüberzogenen Branchen (Scherbenzange), die diese Fremdkörper fest fassen, ohne sie zu zerbrechen. v. Hacker berichtet über zwölf Fälle von Fremdkörpern in der normalen Speiseröhre, die mittelst Ösophagoskopie, entfernt wurden. Daran reihen sich elf Fälle von Fremdkörpern in Strikturen des Ösophagus, nämlich acht Fremdkörper in Verätzungsstrikturen und drei in carcinomatösen Strikturen.

Dr. Winternitz (Wien) teilt eine unblutige Methode zur Entfernung von Fremdkörpern aus der Speiseröhre mit. Das Verfahren besteht in der Einführung eines weichen Magenschlauches und nachfolgender Wasserirrigation. In diesem Vorgehen erblickt Verfasser die mildeste Encheirese der unblutigen Entfernung von Fremdkörpern aus dem Osophagus, die sowohl bei obturierenden, wie adhärierenden Fremdkörpern am Platze ist. Von dem speziellen, namentlich durch Anamnese und Anwendung der Röntgenstrahlen klargestellten Falle wird es natürlich abhängen, wie man das Kaliber des Magenschlauches wählt, wie tief man ihn in den Ösophagus versenkt, welche Flüssigkeitsmenge zur Anwendnng gelangt, welches Flüssigkeitsgefälle etc. Was die Art der zu verwendenden Flüssigkeit betrifft, so wählt man am besten reines Wasser; Öl ist für diesen Zweck völlig zu verwerfen. Eine Voraussetzung für das Gelingen ist, dass genügende Assistenz zur Verfügung steht und in lichten Räumen mit Ruhe und Umsicht manipuliert werden kann. Vor allem muss man beim Eingiessen des Wassers recht vorsichtig sein, damit nicht durch unglückliche Handhabung, insbesondere durch überstürztes Aufgiessen, Suffokationserscheinungen herbeigeführt werden. Unter allen Umständen bereite man für den Fall des Misslingens alles Notwendige zur operativen Beseitigung des Fremdkörpers vor.

Dr. Pels-Leusden stellte der Berliner medizinischen Gesellschaft zwei wegen Fremdkörper ösophagotomierte Kranke vor, die geheilt wurden.

Prof. Trzebicky (Krakau) warnt vor ungeschickten Extraktionsversuchen bei Fremdkörpern in der Speiseröhre, da leicht Perforation verursacht werden kann. Er betrachtet die Ösophagotomie für keinen gefahrvollen Eingriff. Für die chirurgische Intervention gelten auch heute noch die vor Jahren von Fischer aufgestellten Grundsätze: 1. Ein frisch verschluckter Fremdkörper muss nach Misslingen der unblutigen Methode bis zum Ende des folgenden Tages durch Ösophagotomie entfernt werden. Vorhandene Erstickungsgefahr verlangt auf der Stelle die Tracheotomie. Mitunter glückt dann die unblutige Entfernung des Fremdkörpers; anderenfalls muss hinterher die Ösophagotomie gemacht werden. 2. Ist der Fremdkörper seit einigen Tagen verschluckt, dann ist nach einmaligem Misslingen der unblutigen Methoden sogleich die Ösophagotomie zu machen. 3. Macht die Natur des Fremdkörpers jeden Versuch der Extraktion oder des Hinabschiebens gefährlich, dann operiere man sofort. 4. Bei schon vorhandener Infiltration des Halses oder bereits eingetretener Blutung aus dem Munde, schreite man sofort zur Ösophagotomie.

Prof. Killian (Freiburg i. B.) benutzt zur Besichtigung der Trachea bei stecken gebliebenen Fremdkörpern die direkte obere Tracheoskopie mit einem geraden Rohre von entsprechender Länge und Breite, das er durch die Stimmritze in die Trachea führt. Bei Erwachsenen genügt die Anästhesierung mit 25%iger alkoholischer Kokainlösung. Bei Kindern macht man am besten von der Chloroformnarkose Gebrauch, wobei die Untersuchung am hängenden Kopf vorgenommen wird. Verfasser führt das Rohr nicht mit dem Mandrin unter Leitung des Fingers ein, sondern ohne Mandrin unter Leitung des Auges. Fremdkörper werden hierbei leicht gefunden und können auch leicht extrahiert werden. War die Tracheotomie notwendig und ist dabei oder dar-

Digitized by Google

nach der Fremdkörper nicht herauf- oder herausgehustet worden, so führt man ein kurzes Rohr durch die Tracheotomiewunde in die kokainisierte Trachea ein und bringt so die untere direkte Tracheoskopie zur Anwendung. Mit Vorliebe setzen aspirierte Fremdkörper sich in den Bronchien fest. Stecken sie im Anfangsgebiet der Hauptbronchien, so genügt zur Diagnose und Extraktion die obere oder untere direkte Tracheoskopie. Sind sie weiter in die Tiefe geraten, so schiebt man entsprechend lange Röhren durch die kokainisierten Bronchialwege nach, indem man diese äusserst elastischen Teile aus ihrer seitwärts verlaufenden Richtung nach der Medianebene hin verdrängt. So entsteht aus der oberen und unteren direkten Tracheoskopie die obere und untere direkte Bronchoskopie. Diese Methode erlaubt den ganzen Bronchialbaum abzusuchen. Das Gesichtsfeld hält man sich durch Abtupfen oder durch Absaugen der Sekrete mit einer vom Verfasser angegebenen Saugpumpe frei. Die Beleuchtung besorgt am besten die Kirsteinsche Stirnlampe. Auf diese Weise wird der Fremdkörper meist gefunden oder seine Abwesenheit mit Bestimmtheit nachgewiesen. Die Bronchoskopie ist bisher in 20 Fremdkörperfällen zur Anwendung gelangt. Von diesen hat Verfasser elf selbst beobachtet. Fast die Hälfte aller Kranken waren Kinder. Es handelte sich um Fremdkörper, welche in der Hälfte der Fälle einige Tage, in der anderen Monate und Jahre hindurch in der Lunge verweilt hatten. Die obere Bronchoskopie führte in neun von elf Fällen zur Diagnose; die untere Bronchoskopie führte in neun Fällen stets zur Diagnose. Die Extraktion wurde in 15 Fällen versucht; sie gelang achtmal mit der unteren und fünfmal mit der oberen Bronchoskopie. Von den Kranken, bei denen die Extraktion gelungen war, starb nur einer und zwar neun Monate später an einer eitrigen Pleuritis der freien Seite. Zwei Fälle, in denen der Fremdkörper lange Zeit in der Lunge verweilt hatte, wurden hinsichtlich ihrer chronischen Lungenerscheinungen wesentlich gebessert. Alle anderen Patienten wurden dauernd geheilt. Die schweren, akuten Lungenkomplikationen gingen nach der Extraktion rapide zurück. Die Bronchoskopie hat also in relativ kurzer Zeit schon segensreich gewirkt.

Dr. Perthes (Leipzig) gibt ein Verfahren an, welches die Auffindung von metallischen Fremdkörpern erleichtern soll. Der gewöhnliche Nachweis des Fremdkörpers auf der photographischen Platte genügt nicht, es muss vielmehr eine genaue Lokalisation des Fremdkörpers vorgenommen werden, um ihn rasch und sicher zu extrahieren. Als sehr praktisch hat sich dem Verfasser das Einstossen von Nadeln in die nächste Nähe des Fremdkörpers erwiesen, das während der Durchleuchtung mit Hülfe des Fluorescenzschirmes geschieht. Wenn die Schatten der Nadel und des Fremdkörpers einander decken und auch bei Drehungen des durchleuchteten Körperteiles sich voneinander nicht entfernen, so erreicht die Spitze der Nadel sicher den Fremdkörper. Die liegen gebliebene Nadel dient dann als sicherer Wegweiser für die Operation, welche dann mit nur kleinem Schnitte und unter Schleichscher Anästhesie ausgeführt werden kann.

Über die Entfernung von Fremdkörpern aus der Speiseröhre mittelst der Ösophagoskopie von Prof. v. Hacker (Beitr. z. klin. Chir. — Schm. Jahrb. 273. Bd. 1. H.). — Zur Frage der Entfernung von Fremdkörpern aus der Speiseröhre von Dr. Winternitz (Wien. med. Wochenschr. — Medico Nr. 21). — Dr. Pels-Leusden über Ösophagotomie in der Berliner medizinischen Gesellschaft (Ther. Monatsh. 3. H.). — Zur Extraktion verschluckter Fremdkörper aus Pharynx und Ösophagus von Prof. Trzebicky (Wien. med. Wochenschrift. — Medico Nr. 21). — Die diagnostischen und therapeutischen Leistungen der modernen, direkten endoskopischen Untersuchungsmethoden bei Fremdkörpern in den Luft- und Speisewegen von Prof. Killian (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 36). — Über Fremdkörperpunktion von Dr. Perthes (Zentralbl. f. Chir. Nr. 32. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 10. H.).

Furunkel. Prof. Cahn (Strassburg i. E.) teilt einige Fälle von Paranephritis und Pyonephrose mit, die nach Hautfurunkeln entstanden sind.

Dr. Gersuny (Wien) behandelt den Furunkel folgendermassen. Im ersten Stadium, wo eben an der Mündung eines Haarfollikes ein Bläschen sichtbar ist, wird diese kleine gelbe Stelle mit einem zugespitzten Holzstäbchen, das in rau-

Digitized by Google

chende Salpetersäure getaucht ist, verätzt. Der punktförmige braune Schorf stösst sich in einigen Tagen ab. Im zweiten Stadium, wo die Cutis in Form des sogenannten „Spitzass" bereits etwas erhoben ist, sticht man unter lokaler Anästhesie mit einem spitzen Skalpell bis in das subkutane Gewebe und reisst mit einem scharfen Löffelchen das in Nekrose begriffene Gewebe dreist heraus. Die kleine Höhle wird mit Dermatol ausgefüllt und mit Zinkpflaster zugedeckt. Im Stadium der „Reife" des Furunkels macht man am besten Einstich und Evidement mit dem scharfen Löffel. Das Ausstopfen der Höhle ist, da es die Heilung verzögert, nicht empfehlenswert. Umschläge bei fortbestehender Eitersekretion sind geeignet, durch Propagation des Eiters Anlass zu Furunkulose zu geben. Bei der Spaltung des Karbunkels sollen von innen gegen die Peripherie zu geführte Incisionen den Karbunkel radiär wie die Speichen eines Rades durchziehen. Im Zentrum bleibt die Haut unverletzt. Von den einzelnen Schnitten aus wird wieder der scharfe Löffel angewendet, dann werden Dermatolgazestreifen eingelegt und das Ganze verbunden. Nach einigen Tagen wird die Gaze durch Streifen von Guttaperchapapier ersetzt.

Dr. Bidder (Berlin) macht parenchymatöse Injektionen von 2%igem Karbolwasser mit der Pravazschen Spritze in das erkrankte Gewebe bei Furunkel und will dadurch seit 25 Jahren bessere Resultate erzielt haben, als mit den anderen Methoden.

Dr. Glückmann wandte Ichthyol nach der Ullmannschen Formel:

Rp. Ichthyol
Aether sulf. āā 6,0
Spir. vini dil. 7,0

bei Furunkeln an. Die erkrankten Stellen wurden täglich zweimal bestrichen. Glückmann sah grosse Furunkel mit deutlichen Erscheinungen der Vereiterung dabei schwinden. Die Behandlung dauerte 5—12 Tage.

Über Paranephritis und Pyonephrose nach Hautfurunkeln von Prof. Cahn (Münch. med. Wochenschrift. Nr. 19). — Alltägliches in der kleinen Chirurgie von Dr. Gersuny (Wien. med. Presse Nr. 1) — Die abortive Behandlung des Furunkels (Karbunkels) mit Hilfe subkutaner Desinfektion von Dr. Bidder (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 18 u. 19). — Über die Behandlung der Furunkel und der Acne vulgaris mit Ichthyol von Dr. Glückmann (Eshened. — Rev. russ. med. Zeitschrift Nr. 2).

G.

Gallenleiden. Dr. Ehret und Dr. Stolz gelang es, bei Hunden ohne künstliche Einbringung fremder Körper in die Gallenwege, lediglich eben durch motorische Schädigung eine Cholecystitis und Cholangitis, also autoinfektiöser Provenienz, zu schaffen. Die Versuchsanordnung war folgende: Hunden wurden in der Narkose nach Laparotomie in einer Reihe sterile Glaskugeln, in einer andern sterile Wattetampons aseptisch in die Gallenblase bis zur Ausfüllung derselben versenkt, und ein Teil der Tiere nach einer Zeit, innerhalb welcher eine etwaige Operationsinfektion hätte auftreten und ablaufen müssen, getötet. In der ersten Reihe zeigte sich, besonders bei den Tieren, welche absichtlich einer schlechteren Ernährung mit konsekutiven Intestinalstörungen ausgesetzt waren, das Bild einer lokalisierten eitrigen infektiösen Cholecystitis, während in der zweiten, bei welcher die Wattekügelchen eine darmwärts gerichtete Wanderung antreten konnten und zum Teil auch antraten — die Papille wird nur selten überschritten — wie erwartet, eine eitrige, bis in die feinsten Verzweigungen der Gallengänge reichende Entzündung sich manifestiert hatte. In einem Falle waren in der Leber zahlreiche kleine pericholangitische Abscesse. Die aus den infizierten Gallenblasen entnommenen Keime unterschieden sich nicht wesentlich von der Flora, welche sich zu den zur Erzeugung einer experimentellen Cholecystitis und Cholangitis

Digitized by Google

eingeführten Keimen hinzugestellt; sie gehören zumeist zur Koligruppe.

Dr. Boas (Berlin) macht auf gewisse Druckpunkte aufmerksam, deren Schmerzhaftigkeit auf Cholelithiasis hinweisen. Zunächst ist es die Gegend des 12. Brustwirbels, 2—3 Finger breit von den Wirbelkörpern entfernt, deren Druckempfindlichkeit auf Cholelithiasis deutet. Bei der Druckempfindlichkeit der Leber unterscheidet Autor drei Bezirke, die immer zu untersuchen sind: a) der Leberrand und die Gallenblasengegend, eventuell die Gallenblase selbst; b) der subkostale Teil der Leber; c) die hintere Leberfläche. In therapeutischer Hinsicht hebt Verfasser hervor, dass, um Rezidive von Cholecystitis und Cholangitis zu verhüten, eine dauernde Überwachung der Patienten nötig ist. In dieser Beziehung bietet das Verhalten der Schmerzhaftigkeit des Leberrandes, der Cystisgegend und wieder der dorsalen Leberfläche einen guten Anhaltspunkt. So lange diese wesentlichen Merkmale der Cholelithiasis noch vorhanden sind, bedarf der Kranke der grössten Schonung, sowie strenger Überwachung der Diät und besonders des Stuhles. Eine deutliche Steigerung der Druckpunkte weist auf den sich vorbereitenden Anfall hin. Man muss in solchen Fällen versuchen, den Anfall zu coupieren, was durch geeignetes Verhalten, in erster Linie durch Bettruhe gelingt. Ein sehr geeignetes Hilfsmittel, die Cholelithiasis latent zu halten, besteht in der protrahierten, d. h. monatelangen Anwendung kleiner Dosen Karlsbader Wassers (etwa 200—300 g pro die). Was die Diätetik bei Cholelithiasis anlangt, so ist der Gallensteinkranke niemals so zu ernähren, dass er reichlich Fett ansetzt, aus der Erfahrung heraus, dass Fettansatz die Tendenz zur Cholelithiasis begünstigt. Zweitens muss die Diät solche Substanzen bevorzugen, welche stuhlbefördernd wirken und umgekehrt alles vermeiden, was die Obstipation begünstigt. Ferner lässt Verfasser Gallensteinkranke niemals abends reichliche Mahlzeiten nehmen, weil ein grosser Teil der Anfälle nachts nach kopiöseren Nahrungsaufnahmen entsteht. Weibliche Kranke sollen nach den Mahlzeiten das Korsett abnehmen oder wenigstens lüften. Bauchmassage wirkt bei Cholelithiasis meist ungünstig, indem sie oft Anfälle geradezu hervorruft.

Dr. Clemm (Darmstadt) verfolgt zur Bekämpfung und Verhütung der Erkrankungen des Gallensystems folgenden Kurplan: In erster Linie sind die Schädlichkeiten unzweckmässiger Tracht, welche zu Enteroptose und Schnürleber führen, zu meiden. Die Ernährung ist durch reichliche Eiweiss- und Butteraufnahme zum ersten Frühstück wie zum Abendessen, öftere Zwischenmahlzeiten und Einschieben von Milchtrinken in der Weise zu regeln, dass keine Stockungen im Gallenflusse eintreten. Etwaige Stokkungen sind durch mechanische Beförderung des Gallenflusses zu beheben, durch energisches Tiefatmen morgens, mittags und abends (Respirationsmassage der Leber), durch leichte Massage manuell oder durch Kugeln bei chronischer Verstopfung. Alle katarrhalischen Erkrankungen des Magen-Darmkanales, welche zu Ikterus führten oder führen könnten, sind in ausgiebiger Nachbehandlung auszuheilen. Bei dem geringsten Verdachte auf Gallenstauung tritt dann die typische Gallensteinkur in ihr Recht: Morgens nüchtern werden beim Ankleiden ¼, später ½ l Wasser von 40° C. mit Zusatz einer kleinen Messerspitze Kochsalz getrunken. Darnach erfolgt methodisches Tiefatmen, worauf ein Spaziergang in frischer Luft von 20—30 Minuten anschliesst. Hiernach erfolgt Stuhlentleerung und darauf das erste Frühstück nach englischer Art. Womöglich soll 1½ Stunden vor dem Wasser im Bette bereits ¼ bis ½ l Milch getrunken sein. Die physiologische Kochsalzlösung bespült völlig reizlos in entzündungslindernder Weise die Schleimhaut des Magens, wird bei der genannten Temperatur sehr rasch zum Teil resorbiert, zum Teil aber auch entleert und bespült alsdann reizlos die Darmwand mit der Papilla Vateri, bis sie vollends zur Resorption kommt. Alsdann folgen in 2—2½stündigen Pausen wechselnd kleinere und grössere Mahlzeiten, sowie Einlage von mindestens zweimal Milch; Tief-Atembewegungen vor Tisch mittags und vor dem Schlafengehen abends. Es

Digitized by Google

empfiehlt sich weiterhin Schlaf in linker Seitenlage zur Förderung des Gallenflusses und der Dickdarmentleerung, Verhütung von jähen Bewegungen und von Zerrungen der Baucheingeweide. Die erste und die letzte Mahlzeit soll hauptsächlich Eiweiss und Fett (Butterbrot mit Eier- oder Fleischspeisen, vorzüglich Schinken und dergl.) enthalten. Weiterhin gebe man mindestens drei Monate lang abends und morgens, beim Anfalle auch mittags, etwa $^3/_4$ g saures ölsaures Natron in Lösung, da die Pillen ihrer Grösse halber schwer zu nehmen sind, zum Teil erst nach Passieren der Vaterschen Papille im Darme gelöst werden, eventuell sogar, in Schleim gehüllt, auch ganz abgehen können. Zudem ist der Zusatz von Tinct. valerian. aether. oder Validol von sehr günstigem Einflusse. Die exquisit gallensteinerweichende und cholestearinbreilösende Wirkung des Eunatrols lässt es ebenso bei steinbildendem Katarrh in der Entstehung, wie bei bereits bestehenden Konkrementen angezeigt erscheinen neben seiner galletreibenden Wirkung. Bei schwerem Anfall empfiehlt sich statt der Kochsalzkur eine Karlsbader Wasserkur nach Naunyn: morgens und mittags je drei Stunden Bettruhe, während deren Leinsamenkataplasmen gemacht und alle 10—15 Minuten ein Glas möglichst heisses Karlsbader Wasser getrunken wird, bis zu sechs bis acht Gläsern.

Dr. J. Kraus (Karlsbad) gestattet die Darreichung von Abführmitteln erst 12—18 Stunden nach dem Ablauf der Kolik; als Cholagoga beurteilt er günstig das Antipyrin und das Natr. salic. (4 bis 6 g pro die). Das Eunatrol wird nicht gut vertragen, ebenso das Olivenöl per os genommen; zu hohen Eingiessungen ins Rektum ist es verwendbar. Wiederholte Kuren, speziell mit den Karlsbader Wässern, sind mit Recht geschätzt; als Vorbeugungsmittel ist das wichtigste die Regelung des Stuhles, welche viel mehr als üblich schon durch Erziehung in frühen Lebensjahren anzustreben ist.

Dr. Dufourt fordert für die diätetische Behandlung der Gallensteinkrankheit nicht allein Ausschluss von Gewürzen, Fetten, Alkohol etc., sondern striktes Verbot jeden Excesses in coenis, Einschränkung der Fleischnahrung auf das Notwendigste, dagegen Bevorzugung von Kohlehydraten, Gemüsen etc.

Dr. Ehrlich (Stettin) empfiehlt Ausspülung des Magens mit Höllensteinlösung in allen schwereren Fällen von chronischer Cholangitis und bei allen Erkrankungen an Cholelithiasis, besonders dann, wenn sie mit Cholangitis oder Cholecystitis kompliziert sind. Die Kontraindikationen sind dieselben wie bei jeder Magenausspülung. Da eine Höllensteinspülung 10—15 Minuten dauert und eine etwa zurückbleibende grössere Portion der Höllensteinlösung eine schwere Vergiftung bewirken würde, muss man in vorausgehenden Sitzungen mit Wasserspülungen die Patienten so lange einüben, bis man sicher ist, die Höllensteinspülung zu Ende führen zu können. Zunächst wird der Magen des zweckmässig nüchternen Patienten mit 40—50° C. heissem Wasser ausgespült, bis das Spülwasser klar abfliesst. Sodann giesst man $^1/_2$ l einer Lösung 1 Argentum nitricum zu 1000 Aqua dest. von 40—50° C. Temperatur in den Magen, lässt sie $^1/_2$—2 Minuten einwirken und dann zurücklaufen. Man wiederholt dieselbe Prozedur noch einmal und spült schliesslich mit 40—50° C. heissem Leitungswasser so lange nach, bis dasselbe nicht mehr milchig getrübt zurückkommt. Daneben gibt man zweckmässig eine ähnliche Diät, wie sie bei chronischen isolierten Dünndarmkatarrhen üblich ist, also vorwiegend gehacktes mageres Fleisch, Eigelb, frische Butter in grösserer Menge und heisse Getränke, wie Suppen, Tee, Kakao und nach Koliken leichte Abführmittel. Nach der Spülung dürfen die Patienten, ohne Schaden befürchten zu brauchen, sofort essen. Die Spülung selbst verläuft schmerzlos, doch greift sie, wie jede Magenspülung, je nach der Beschaffenheit des Nervensystems des Betreffenden mehr oder minder an. Darauf muss man bei der Fortsetzung der Spülungen Rücksicht nehmen und, wenn auch die tägliche Ausspülung am schnellsten zum Ziele führt, doch eventuell ein- bis zweitägige Pausen zwischen den einzelnen Sitzungen machen.

Bei Gallensteinkolik hat Prof. Jaworski (Krakau) mit Jodkalium

Digitized by Google

in kleinen Dosen gute Resultate erzielt Er verordnet eine Lösung von 4—6 : 200 und lässt von derselben täglich zwei Esslöffel nehmen.

Seine Indikationen für die innere und chirurgische Behandlung der Cholelithiasis fasst Prof. Kehr (Halberstadt) in folgenden Sätzen zusammen. 1. Bei den sogenannten chronisch rezidivierenden Cholecystitis vermag eine regelmässig in Karlsbad oder in Neuenahr, auch zu Hause vorgenommene Kur, die Koliken derart zu mindern, dass kein Grund zu einer Operation vorliegt. Er bezweifelt aber, dass häufig eine wirkliche Heilung, d. h. eine Ausstossung sämtlicher Steine durch innere Kuren erzielt wird. Nach Autors Meinung darf es auch gar nicht unser Bestreben sein, die Steine abzutreiben, es ist viel richtiger dafür zu sorgen, dass sie sich in der Gallenblase ruhig verhalten und dass die entzündlichen Prozesse beseitigt werden. Der wochenlang fortgesetzte Gebrauch von heissen Umschlägen (am besten in Form der Thermophore) leistet neben Bettruhe und einer Trinkkur von Karlsbader Wasser in dieser Beziehung die besten Dienste. 2. Die theoretische Berechtigung der Frühoperation im Sinne Riedels, die Steine zu entfernen, so lange sie noch in der Gallenblase stecken, besteht nach wie vor, da in vielen Fällen nur eine frühzeitige Operation den Kranken vor schweren Gefahren (Perforation, Cholämie, Carcinom) behüten kann. Eine allgemeine Durchführung der Frühoperation in der Praxis ist aber ganz unmöglich und aus diesem Grunde hat die Indikationsstellung Riedels keinen praktischen Wert. 3. Wenn die Anfälle leicht verlaufen zwischen denselben immer wieder völlige Latenz eintritt, verzichtet Kehr auf eine Operation. 4. Der akute Choledochusverschluss ist bis auf wenige Ausnahmen intern zu behandeln. Treten die cholangitischen Erscheinungen in den Vordergrund und zieht sich der Ikterus unter Verfall der Kräfte und absoluter Appetitlosigkeit in die Länge, so ist eine Operation zu erwägen. 5. Häufige Koliken ohne Ikterus und ohne Steinabgang verlangen bei Schädigung des Allgemeinbefindens und Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit und des Lebensgenusses die Operation. 6. Fälle mit Ikterus und jedesmaligem Abgang von Steinen gehören dem Internen; häufen sich die Anfälle, kommt der Patient sehr herunter und ist keine Hoffnung auf völlige Ausstossung der Steine vorhanden, so ist die Operation am Platze. 7. Der Hydrops und das Empyem der Gallenblase und pericholecystische Eiterungen gehören dem Chirurgen. In den wenigen Ausnahmefällen, bei welchen ein steriler Hydrops gar keine Erscheinungen macht, mag der Patient seine geschwollene Gallenblase so lange mit sich herumtragen, bis Beschwerden sich einstellen und sich häufen. 8. Der chronische Choledochusverschluss soll bei Versagen einer gründlichen Karlsbader Kur nicht zu spät chirurgisch behandelt werden. 9. Gallensteine, die dem Morphium verfallen sind, müssen unter allen Umständen operiert werden. Während der Nachbehandlung bietet sich die beste Gelegenheit zur Morphiumentziehung. 10. Die Behandlung des Gallenblasencarcinoms kann nur bei ganz frühzeitiger Operation einen dauernden Erfolg haben. Da aber eine Frühoperation jeder Mensch scheut und Spätoperationen keinen grossen Zweck haben, dürfte es nur selten gelingen, das Übel vollständig zu heilen. 11. Kranke mit chronischem Ikterus, der nicht auf Stein im Choledochus und unheilbaren Lebererkrankungen beruht, müssen spätestens drei Monate nach Beginn des Ikterus operiert werden, da nicht selten statt des vermuteten Carcinoms des Pankreaskopfes die heilbare Pancreatitis chronica interstitialis gefunden wird. 12. Der Entschluss zu einer Operation wird sowohl dem Arzt als auch dem Patienten leicht gemacht durch den Nachweis eines Gallenblasentumors, der geschwollenen Leber, durch Auftreten von Ikterus und Fieber. Aber auch ohne lokalen Befund an Leber und Gallenblase dürfen wir bei hochgradigen, andauernden, einer inneren Medikation unzugänglichen Beschwerden operieren. Man findet in solchen Fällen, besonders bei Männern, häufig Adhäsionen traumatischen Ursprungs ohne Steine. 13. Die Folgezustände der Cholelithiasis, die eitrige Cholangitis, der Leberabscess, die Perforationsperitontis, der subphrenische Abscess, hochgradige Pylorus- und

Digitized by Google

Duodenalstenosen, oft auch der Gallenstein-Ileus, müssen chirurgisch behandelt werden. 14. Der Schlussparagraph endlich heisst: Allgemeine Indikationen zu einer Gallensteinoperation aufzustellen ist nicht gut möglich. Man muss von Fall zu Fall entscheiden. Männer, besonders fette, vertragen eine Operation schlecht. Frauen, die geboren haben, eignen sich gut zu einem chirurgischen Eingriff. Bei reichen Leuten ist die Indikation anders zu stellen als bei armen, aber dieser Satz ist nicht so zu verstehen, dass der Chirurg lieber die reichen Leute operiert, die ihm hohe Honorare zahlen, nein umgekehrt, die Armen müssen häufiger operiert werden, weil sie nicht in der Lage sind, die Wohltaten einer Karlsbader Kur geniesen und streng nach den diätetischen Vorschriften des Arztes loben zu können. Auf diese soziale Indikation und auf die Forderung einer streng individualisierenden Behandlung hat Kehr schon in früheren Arbeiten hingewiesen und sich dahin ausgesprochen, dass man bei Diabetes, Arteriosklerose, chronischer Nephritis, Lungen- und Herzerkrankungen möglichst von einer Operation abstehen soll.

Dr. Fink (Karlsbad) teilt die Indikationen zur Operation am Gallensystem ein in: 1. solche seitens der Blase und 2. seitens des Choledochus. Die ersten lassen wieder drei Gruppen unterscheiden: a) die Tumorbildung der Blase, b) bei schweren subjektiven Symptomen und c) bei subjektiven Symptomen und hinzutretenden objektiven Veränderungen. Die Indikationen seitens des Choledochus lassen sich unterscheiden a) in einen ruhig verlaufenden und b) in einen mit Komplikationen einhergehenden Choledochusverschluss. Auf Grund dieser Symptome wurden die Operationen ausgeführt. Die bei der Operation gemachten objektiven Befunde, betreffend Leber, Gallenblase und Gänge, sowie die Folgezustände des Übergreifens der Entzündung auf die Nachbarorgane ergaben die gesetzten Veränderungen, die Fink in drei grosse Gruppen einreiht: in Veränderungen des Volumens, der Wand und des Inhaltes. Die ausgeführten Operationen waren leichte und schwere. Zu den ersteren zählt er: Spaltungen, Naht der Fistel, Cystostomie und Cystenteroanastomose; zu den schweren: Cystikotomie, Cystektomie, Choledochotomie, Hepatikotomie und Hepatikostomie. Die schweren sind überdies untereinander kombiniert. Während die Zahl der einfachen 26 beträgt, beläuft sich die Zahl der kombinierten auf 22 Operationen mit 64 schweren Einzeleingriffen. Die Schwere der Operation und ihre Kombination fällt bei der Beurteilung der Erfolge in die Wagschale. Geheilt wurden 81,25%, unvollständig war die Operation und neue Beschwerden traten auf in 41%, Tod an den Folgen der Operation in 2% und Tod an Komplikationen in 12,5%. Es geht daraus hervor, dass nicht die Operation als solche, sondern dass die Komplikationen die Gefahr bei der Operation bilden. Die Komplikationen sind zum Teile durch die Schwere und die Dauer des Leidens bedingt, und es kann ihnen durch rechtzeitige Operation vorgebeugt werden. Aus diesen Erfahrungen resultiert eine Behandlungsart, welche nicht aus Prinzip nur die interne oder nur die chirurgische Behandlung wählt, sondern methodisch in den einzelnen Fällen die Indikationen zur balneologischen oder chirurgischen Behandlung abwägt.

In einer umfangreichen Arbeit berichtet Dr. Merck (Heidelberg) über 128 in den letzten drei Jahren an der Czernyschen Klinik wegen Gallensteinerkrankung ausgeführte Operationen. Die weitaus überwiegende Zahl der Eingriffe bestand in der Cholecystotomie, d. h. Incision der Gallenblase, Ausräumung, Einlegen eines Drains, enge Vereinigung der Blasenwand um dasselbe und Suspension des Organs durch zwei Nähte im Peritoneum. Bei reinen Gallensteinleiden, die nicht durch Carcinom, Ileus, Perforation u. s. w. kompliziert waren, wurde 63 mal cholecystotomiert und dabei kein tödlicher Ausgang beobachtet, so dass Merk ausdrücklich hervorhebt: Die Cholecystotomie ist, nicht zu spät ausgeführt, ein ungefährlicher Eingriff. Dem Vorwurf, dass nach dieser Operationsmethode häufig Fisteln auftreten, stellt Verfasser die Beobachtung gegenüber, dass unter 94 Fällen nur viermal Fistel-

Digitized by Google

bildung, und zwar wahrscheinlich solche von Schleimfisteln, zu erheben war. Die Cystektomie, die Kehr bekanntlich dem vorerwähnten Eingriff vorzieht, wurde nur viermal und zwar ebenfalls ohne tödlichen Ausgang vorgenommen. Von zehn Cystikotomieen, 15 Choledochotomieen, acht Anastomosenbildungen und 11 Laparatomieen bei reiner Cholecystitis oder bei Adhäsionen sind allemal je ein Todesfall verzeichnet. Die Gesamtmortalität der Gallensteinoperationen betrug demnach 3,5%. Verfasser hat von 91 bis Ende 1900 operierten Patienten seiner Kasuistik Nachrichten über das Allgemeinbefinden seit der Operation. Davon sind 78 = 85,7% von Gallensteinbeschwerden zur Zeit frei. Es befinden sich darunter freilich einige — es sind ihrer 14 — bei denen verschieden lange Zeit nach der Operation noch einmal oder mehrere Male Beschwerden auftraten. Die Zahl aller derjenigen Fälle, in denen teils unmittelbar, teils längere Zeit nach der Operation Gallensteine abgingen, oder bei einem späteren Eingriff gefunden wurden, beträgt neun. Nichtsdestoweniger hält Verfasser an der Vorstellung fest, dass die Gallensteinbildung nur ein einmal im Leben sich abspielender Prozess ist und dass das Leiden mit Entfernung aller Steine dauernd geheilt ist.

Dr. Körte (Berlin) hat unter 135 Operationen wegen eiteriger Gallenblasen- und Gallengangsentzündung 17 mal die Operation im akuten Entzündungsstadium aus vitalen Indikationen vollführt. Die Gefahren bestanden in akuter Sepsis oder im Fortschreiten der Entzündung auf das Peritoneum. Trotz Vorhandenseins von Steinen war das Leiden sehr häufig latent gebliebeu, bis akute Cholecystitis eintrat. Der Beginn derselben war stets ein sehr plötzlicher, oft mit schweren Allgemeinerscheinungen eintretender. Zweimal wurde bei älteren Frauen in der Heilung von Herniotomieen das Bestehen akuter eiteriger Cholecystitis mit schweren septischen Erscheinungen beobachtet bei per primam geheilter Wunde. Körte glaubt, dass durch die vorangegangene Einklemmung Bakterien aus dem Darm die Infektion besorgt haben. Dreimal wurde dicht vor dem Ausbruch einer allgemeinen Peritonitis operiert. Es fand sich die Gallenblase gespannt zum Platzen, mit nekrotischen Flecken besetzt; ein Fall bereits perforiert. Alle drei Fälle heilten. In allen drei Fällen war die Wand der Gallenblase verdickt, ödematös, mit Abscessen mehrfach durchsetzt. Zweimal fanden sich Eiterherde zwischen Gallenblase und Leber, im Begriff, in diese einzudringen. Die Schleimhaut war gelockert, ulceriert, in einigen Fällen so stark, dass kaum noch intakte Schleimhaut gefunden wurde. Diese Geschwürsbildung war nicht immer durch Steindruck, sondern auch durch Eiterung entstanden, sie erinnerte in einigen Fällen an das Ulcus rotundum ventriculi. In einem Falle waren Choledochus und Hepatikus mit Steinen vollgestopft. Die Spontanheilung oder Heilung mit interner Behandlung ist in den Fällen geschilderter Art vielleicht in einzelnen Fällen möglich, sicher nicht einmal wahrscheinlich. Im ganzen sind durch die Operation im akuten Stadium von den 17 Fällen akuter infektiöser Cholecystitis 14 geheilt, drei gestorben. Im ersten seiner Fälle hat Körte die Cystotomie mit nachfolgender Tamponade und Drainage gemacht. Später hat er die Gallenblase entweder in toto excidiert (sechsmal) oder reseziert (fünfmal) mit nachfolgender Tamponade und Drainage. Zweimal wurde mit der Cystektomie die Choledochusdrainage verbunden. Körte hält die Cystektomie für das am meisten zu empfehlende Verfahren, weil 1. der Infektionsherd entfernt, 2. beginnende Lebereiterung freigelegt, 3. die Gefahr des Zurücklassens von Steinen verringert wird. Ausgiebige Tamponade und Drainage ist dringend notwendig. Subphrenische Eiterung und Lebereiterung infolge der Cholelithiasis wurde in neun Fällen operiert. Diffuse Peritonitis ist sechsmal zu stande gekommen, von denen nur ein Fall durch Laparatomie geheilt werden konnte. Auch wenn ein grosser Gallenstein durch die Naturkräfte ins Duodenum perforiert, ist die Gefahr noch nicht vorbei, es droht Darmverschluss durch Gallensteine. Körte hat den Vorgang 13 mal beobachtet. Bei den dann operierten Fällen sass der Stein meist im unteren

Digitized by Google

Ileum, einmal in der Flexura sigmoidea, einmal im oberen Jejunum. Bei der Operation Längsschnitt mit querer Vernähung, einmal mit Enteroanastomose. Von den neun Operierten wurden fünf geheilt, vier starben, zwei im Kollaps gleich nach der Operation, zwei an schon bestehender Peritonitis.

Als Ursache einer Verlegung, respektive eines Verschlusses der Gallenausführungsgänge nennt Dr. Robson (London): 1. Cholelithiasis im Ductus choledochus, 2. chronische Pankreatitis, 3. einfache Striktur des Ductus choledochus, 4. entzündliche Adhäsionen, welche am Ductus choledochus oder hepaticus eine Kompression oder Stenosierung bewirken, 5. Hydatiden in der Leber mit Kompression oder Durchbruch in die Gallenwege, 6. Gummata der Gallengänge, 7. chronischer Katarrh derselben, 8. Krebs des Ductus choledochus, 9. Krebs des Pankreaskopfes, 10. Leberkrebs mit Gelbsucht bedingendem Katarrh oder Kompression, 11. Lebercirrhose, 12. andere, seltene Affektionen, wie Aneurysma der Leberarterie oder der Aorta und Neubildungen an der Leber, Niere, Gallenblase, dem Pylorus etc. Bei den unter 6. und 7. genannten Momenten ist natürlich nur eine medizinische Behandlung am Platze, bei den Rubriken 8.—12. kann jegliche Therapie nur einen palliativen Erfolg erzielen, aber bei den ersten 5 ist oftmals mittelst chirurgischer Massnahmen eine völlige Heilung zu erreichen. So ist es Verfasser mehrmals gelungen, eine chronische Entzündung des Pankreas durch eine Cholecystotomie zur Heilung zu bringen; eine einfache Schwellung und Härte des Pankreaskopfes selbst im Verein mit Vergrösserung der Drüsen ist kein Beweis für Carcinom. Ebenso hat Robson mindestens zwei Fälle beobachtet, bei denen nach Eröffnung der Bauchhöhle die ausgedehnten Adhäsionen um die entzündete Gallenblase als krebsig imponierten, und nachher die Patientin ohne weiteren Eingriff sich doch schliesslich völlig erholten. Als ein sehr zuverlässiges diagnostisches Zeichen bei Gallensteinen führt er Spannung des rechten Musc. rectus abdominis an nebst Empfindlichkeit einen Zoll nach rechts und oberhalb vom Nabel. Im allgemeinen ist die Diagnose oft sehr schwer zu stellen. Wo irgend welche Zweifel obwalten, soll man ohne Säumen eine Probelaparotomie ausführen. Auch mehrere Fälle von bösartiger Neubildung an der Leber hat Robson mit Erfolg operiert. Die grösste Gefahr bei der Operation bergen namentlich zwei Momente, Shock und Blutung, ferner Erschöpfung und Sepsis, sowie andere Komplikationen allgemeiner Art. Die Mortalität betrug 16,4 % respektive seit Januar 1900 etwas weniger, nämlich 14,2 %; bei den eigentlichen Choledochotomieen anfangs 14,5 %, in der späteren Periode nur 7,4 %. Als wichtige Vorbereitungskur zur Verhütung stärkerer Hämorrhagieen empfiehlt Robson die Darreichung von Chlorcalcium mindestens zwei Tage lang vor der Operation; nach derselben gibt er es mit Nährklystieren im Notfall noch 3—4 Tage lang. Viel Gewicht ist auch auf Schnelligkeit beim Operieren zu legen. Es ist möglich, eine Choledochotomie in ½—¾ Stunden auszuführen.

Über Gallensteinileus sprach Dr. Karewski im Vereine für innere Medizin zu Berlin. Auf Grund seiner Beobachtungen gelangte er hinsichtlich der Behandlung zu folgendem Resumé: Es gibt wohl Fälle, die so schnell spontan heilen, dass selbst der wütendste Chirurg nicht operieren würde. Durch Operation ist ein früh und richtig erkannter Gallenstein-Ileus zu heilen; dafür spricht die Statistik der letzten zehn Jahre. Man kann heute leichter als früher eine Gallensteininfektion erkennen. Können also die konservativen Methoden nicht bald oder dauernd zum Erfolge führen, so müssen wir operieren. Die Operation erst kann entscheiden, welcher Art das Hindernis ist.

Im Anschluss an einen beobachteten Fall bespricht Prof. König (Altona) die Pathologie und Therapie der nach Gallenblasenperforation entstehenden Peritonitis. Falls keine Abkapselung eintritt, sondern die Galle sich frei in den Bauchraum ergiesst, so hängen die Folgen rein von der Infektionskraft der Galle ab. Normale Galle macht überhaupt keine Peritonitis; im übrigen ist der Keimgehalt der steinhaltigen Galle sehr verschieden. Keime von geringerer Virulenz wer-

Digitized by Google

den resorbiert, wenn einmal ihr Zufluss aufhört. Je weniger Entzündung besteht, um so besser ist die Resorption. Wenn die Entzündung durch die in der Bauchhöhle frei umherliegenden Gallenkonkremente vermehrt wird, so hört die Resorption auf, die Bakterien vermehren sich und können einen so hohen Grad von Virulenz erreichen, dass jetzt die progrediente Peritonitis tödlichen Charakter gewinnt. Meist bildet sich kein Eiter, sondern meist gallige, zuweilen mit Blut untermischte Flüssigkeit und selten ein mehr seröses Exsudat. Infolge des relativ leichten Charakters der nach Gallenblasenperforation entstehenden Peritonitis sind die Resultate bei der Operation verhältnismässig günstige. Die Operation hat die ergossene Gallenflüssigkeit und im Bauchraum umherliegenden Steine zu entfernen und die Quelle der Infektion zu verschliessen. Man kann in verschiedener Weise verfahren. Manche excidieren das perforierte Ulcus der Gallenblase und legen eine doppelte Serosanaht der Blase an, während sie die Bauchhöhle drainieren; andere legen zugleich eine Gallenblasenfistel nach aussen an, um die Galle abzuleiten. Endlich kann man die Cholecystektomie machen, wie Verfasser in seinem Falle verfuhr. Dabei soll man in den schweren Fällen nach Exstirpation der Gallenblase die Bauchwunde durch Jodoformgaze offen halten; in leichten Fällen, wo keine schweren Entzündungserscheinungen des Bauchfells vorliegen, darf man nach Verfasser die Bauchhöhle nach gehöriger Säuberung in normaler Weise sofort verschliessen, wie Verfasser in dem besprochenen Falle getan hat.

Prof. Kehr (Halberstadt) empfiehlt die Deckung von Defekten der Choledochuswand vermittelst Serosa-Muskularislappen aus dem Magen oder der Gallenblase oder durch Einnähen von Netz in den Defekt. Der Lappen wird aus der Nähe des Pylorus entnommen und entweder gedreht — mit der wunden Fläche nach dem Lumen des Choledochus — oder nur umgelegt, mit der peritonealen Fläche nach innen genau in das Loch eingenäht. Der Lappen heilte in zwei operierten Fällen ein; leichte Tamponade genügte, um das Ausfliessen von Galle zwischen den Nähten zu verhindern. Beim Abpräparieren des Lappens soll der Magen nicht eröffnet werden, weil dadurch die Operation unnötigerweise kompliziert wird und an Gefährlichkeit zunimmt. Der Defekt im Magen wird in der üblichen Weise vernäht. Wenn die Gallenblase gesund ist, kann ein Lappen aus derselben (auch aus der ganzen Wanddicke) entnommen werden; diese letztere Methode gewährt den Vorteil, dass die nach innen gewendete Wand des Lappens mit Schleimhaut bekleidet ist. Auch ein Netzstück in den Defekt eingenäht, kann, wie ein operierter Fall zeigte, das Ausfliessen der Galle verhindern.

Über infektiöse Cholangitis autoinfektiösen Ursprungs von DDr. Ehret und Stolz (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 1. — Zentralbl. f. Stoffw. u. Verd. Kr. Nr. 5). — Beiträge zur Kenntnis der Cholel thiasis von Dr. Boas (Münch. med. Wochenschr. Nr. 15). — Beiträge zur Prophylaxe und zur inneren Behandlung der Erkrankungen des Gallensystemes von Dr. Clemm (Wien. med. Wochenschr. — Medico Nr. 24). — Zur Therapie der Cholelithiasis von Dr. Kraus (Prag. med. Wochenschr. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 40). — Einfluss der Ernährungsweise auf die Entstehung der Cholelithiasis von Dr. Dufourt (Presse méd. Nr. 42). — Ausspülungen des Magens mit Höllensteinlösung ein therapeutisch und diagnostisch wirksames Cholagogum von Dr. Ehrlich (Münch. med. Wochenschr. Nr. 14). — Behandlung der Gallensteinkolik von Prof. Jaworski (Zentralbl. f die ges. Ther. 5. H.). — Prof. Kehr über 720 Gallensteinlaparotmieen unter besonderer Berücksichtigung von 90 Hepatikusdrainagen auf der deutschen Naturforscherversammlung zu Karlsbad (Med. Woche Nr. 42). — Dr. Fink über Operationen am Gallensystem und an der Leber ebendaselbst (Med. Blätter Nr. 42). — Über Gallensteinerkrankung von Dr. Merck (Mitt. a. d. Grenzgeb. 9. Bd.). — Dr. Körte über Erfahrungen über Gallensteinoperationen auf der deutschen Naturforscherversammlung zu Karlsbad (Münch. med. Wochenschr. Nr. 41). — Dr. Robson über die chirurgische Behandlung von Obstruktionsikterus in Medical Society of London (Münch. med. Wochenschrift Nr. 9). — Dr. Karewski über Gallensteinileus im Verein für innere Medizin zu Berlin (Ther. Monatsh. 1. H.). — Über die durch Spontanruptur der steinhaltigen Gallenblase in die freie Bauchhöhle bedingte Peritonitis und ihre Behandlung von Prof. König (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 7). — Über den plastischen Verschluss von Defekten der Choledochuswand von Prof. Kehr (Langenb. Arch. 67. Bd. 4. H. — Zentralbl f. d. ges. Ther. 11. H.).

Gallogen. Gallogen oder Ellagsäure ist nach Ad. Engelbrecht ein naher Verwandter des Tannins und der Gallus-

Digitized by Google

säure. Die Säure ist ein gelbliches, geruch- und geschmackloses Pulver, unlöslich in allen Lösungsmitteln saurer oder neutraler Natur, löslich in alkalischen Flüssigkeiten. Stärkere als 1—2%ige Lösungen kristallisieren in der Kälte aus. Die Dosis und Anwendung sind dieselben, wie bei Tannalbin, also 0,3—0,5 pro dosi bei Kindern und 1 g drei- bis fünfmal täglich für Erwachsene. Das Pulver kann als solches oder mit irgend einem neutralen oder sauren Substrat, sowie mit schleimigen Vehikeln, wie Salep oder Gummi arabicum gegeben werden. Es ist auch in 10%igen Schokoladetabletten à 2 g erhältlich.

Gallogen oder Ellagsäure von Ad. Engelbrecht (Pharm. Post. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 9. H.).

Geburtshilfe. Wird ein Arzt zu einem Abortus gerufen, so hat er nach Dr. Hahn (Wien) folgendes zu tun. 1. Er hat zu entscheiden, ob überhaupt ein Abortus vorhanden ist (Schwangerschaftszeichen, Anamnese, Untersuchung). 2. Er muss entscheiden, ob der Abortus bereits im Gange ist oder noch aufgehalten werden kann. Findet man den Cervikalkanal für einen Finger durchgängig, so wird der Abortus in der Regel nicht mehr aufzuhalten sein. Ist die Blutung gering, so wartet man zu; in vielen Fällen erfolgt nach kürzerer oder längerer Zeit die Ausstossung des Eies. Tritt Fieber ein, so muss man eingreifen. Ist die Blutung stark, so ist sofortiges Eingreifen nötig. Findet man den inneren Muttermund noch geschlossen, so wird der Cervikalkanal und die Scheide tamponiert. Man erreicht damit zweierlei. Erstens stillt man die Blutung, und zweitens werden durch die Tamponaden Wehen erregt, die zur Beschleunigung des Abortus führen. Nach einigen Stunden, oft aber erst nach Tagen (wobei ein neuerliches Tamponieren notwendig ist) wird der Streifen ausgestossen. Demselben folgt oft unmittelbar das Ei nach. Ist alles abgegangen, so hat man nichts weiter zu tun. Eventuell kann man eine intrauterine Ausspülung mit 1%iger Lysollösung anschliessen. Sind Reste zurückgeblieben, wovon man sich durch Untersuchung mit dem Finger überzeugt, so muss die Ausräumung des Uterus angeschlossen werden. Dieselbe wird in folgender Weise vorgenommen: Reinigung der äusseren Genitalien mit Seife und Wasser. Abschneiden der Schambaare im Bereiche der Vulva. Ausspülung der Scheide. Reinigung der Hände des Operateurs mit Seife und Bürste durch mindestens zehn Minuten. Hierauf Abreiben derselben in Alkohol und Sublimat. Die Operation wird am besten auf einem Holztische oder im Querbette vorgenommen. Bei Assistenz von zwei Personen (Arzt und Hebamme oder Hebamme und eine andere zur Verfügung stehende Person) bedient man sich der Simsschen Specula. Operiert man nur mit einem Assistenten, so muss man ein selbsthaltendes Speculum benutzen (Knapp, Nott etc.). Man stellt die Portio ein, hakt dieselbe mit einer Kugelzange an, entfernt die Specula und geht mit zwei Fingern in die Vagina. Der eine Finger bleibt in der Scheide, der andere wird in das Uteruscavum eingeführt. Nun werden die Eireste mit dem Finger gelöst und so viel als möglich herausbefördert. Oft aber ist es nicht möglich, auf diese Weise alles zu entfernen. Man stellt daher wieder die Portio ein, zieht sie mit der Kugelzange etwas nach abwärts und geht mit der Schultzeschen Zange in den Uterus geschlossen ein. Nun öffnet man die Zange und fasst die Eireste. Bei einiger Übung bekommt man bald das Gefühl dafür, wo überall noch Reste liegen. Um die kleinsten Teile noch herauszubefördern, kann man sich am Schlusse der Curette bedienen. Zum Schlusse wird eine intrauterine Ausspülung gemacht und ein Streifen in den Uterus und die Vagina eingeführt. Derselbe wird am nächsten Tag entfernt und täglich eine vaginale Ausspülung gemacht. Bei normalem Verlaufe kann die Frau in acht Tagen das Bett verlassen und ist in weiteren acht Tagen ganz hergestellt. Als Fehler muss es betrachtet werden, wenn gleich ohne digitale Ausräumung die instrumentelle Ausräumung gemacht wird. Die digitale Ausräumung hat verschiedene, unschätzbare Vorteile. Man orientiert sich über

Digitized by Google

die Grösse des Uterus, über die Gestalt des Cavum, über die Dicke der Wände und schliesslich über den Sitz des Eies oder der Eireste. All das wird einem dann bei der Einführung des Instrumentes zu Nutzen kommen. Man wird nicht lange suchen, sondern direkt auf die Stelle losgehen, wo die Eireste sitzen; man wird vorsichtig sein, wenn man weiss, dass die Wände des Uterus dünn sind; man wird weniger leicht eine Perforation machen können, wenn man von der Gestalt und Grösse des Uteruscavum eine Vorstellung hat. Die Hauptsache bei der Behandlung des Abortus ist die strengste Antisepsis und Asepsis.

Die Existenz von Blutungen nach einem Abort deutet nach Dr. Keiler immer darauf hin, dass noch Eireste in der Uterushöhle vorhanden sind. Diese zu entfernen, bedarf es eines geeigneten Verfahrens. Im allgemeinen kann man daran festhalten, dass bei Graviditäten bis zur sechsten, höchstens achten Woche die Ausräumung mit der Curette genügt, während in den späteren Monaten die digitale Entfernung der Eireste erforderlich ist. Während das erste Verfahren in vielen Fällen ohne Narkose oder in Halbnarkose ausführbar ist, ist bei dem anderen, der manuellen Ausräumung, die Betäubung durchaus angebracht. Verfasser empfiehlt dafür nachdrücklichst die Äthernarkose. Nur schwere Fehler der Atmungsorgane geben eine Kontraindikation ab, während von seiten des Herzens nach Verfasser nichts zu befürchten ist.

Bezüglich der Frage der Behandlung von Gesichtslagen kommt Prof. Cholmogorow zu folgenden Schlüssen: 1. Das in der letzten Zeit hervorgetretene Bestreben, Gesichtslagen in Hinterhauptlagen zu verwandeln, ist nicht genügend begründet. 2. Die Resultate dieser Umwandlungen sind sowohl in bezug auf die Mutter, wie auch in bezug auf die Kinder nicht besser, bei vielen Autoren sogar schlimmer als bei der exspektativen Behandlung. 3. Man muss infolgedessen bei Geburten in Gesichtslage exspektativ vorgehen. 4. Bei entsprechenden Indikationen und Verhältnissen wird die Zange angelegt. 5. Ist die Hoffnung geschwunden, das Kind mit der Zange in hinterer Gesichtslage zu extrahieren, so ist es besser, zur Perforation zu schreiten, als unter diesen Verhältnissen die Umwandlung der Gesichtslage in eine Hinterhauptlage vorzunehmen oder die hintere Gesichtslage zu einer vorderen innerhalb der Zange zu gestalten.

Nach Prof. Krönig (Leipzig) sind es drei Faktoren, die den Geburtslauf beim engen Becken bestimmen: 1. der Grad der Verengerung des Beckens, 2. die Grösse des kindlichen Kopfes, modifiziert durch seine Konfigurationsfähigkeit, 3. die Grösse der austreibenden Kräfte. Ein klares Urteil würde man gewinnen, wenn man alle drei Grössen zuverlässig bestimmen könnte. Das gilt aber nur zum Teil für die Verengerung des Beckens, denn das wichtigste Mass, die Conjugata vera, ist nur schätzungsweise durch Abzug von 2 cm von der Conjugata diagonalis zu berechnen. Um die Grösse des kindlichen Kopfes zu messen, hat man Cephalometer konstruiert, die aber alle nichts leisten; die Umformbarkeit desselben und die austreibenden Kräfte sind praktisch unmessbar. Lediglich die Beobachtung des Geburtsverlaufes gibt also einen Massstab zur schätzungsweisen Beurteilung dieser beiden Bedingungen ab. Alle Indikationen für die Leitung der Geburt müssen sich daher aus der Beobachtung des spontanen Ablaufes der Geburt ergeben, und so lautet die erste Frage, bis zu welchem Grade der Beckenverengerung ein solcher überhaupt noch möglich ist. Für das platte Becken findet Krönig bei dem Material der Leipziger Klinik die Grenze bei 7,0 cm, für das allgemein verengte bei 7,5 cm. Je nach dem Grade der Verengerung fallen, resp. steigen die Chancen für eine spontane Entbindung, immer aber ist die Mortalität der Kinder eine recht hohe. Betrachtet man die Erfolge der Kunsthilfe, so bilden eine erste Gruppe unter sich konkurrierender Operationen die prophylaktische Wendung auf einen Fuss, die hohe Zange und die künstliche Frühgeburt, denen allen das gemeinsam ist, dass die Ansichten der Autoren über ihren Wert oder Unwert sehr weit auseinandergehen. Die Wendung ist nur ausführbar bei relativ hoher Be-

Digitized by Google

weglichkeit des Kindes also vor oder kurz nach dem Blasensprung. Aber die Resultate für die Sterblichkeit der Kinder werden durch sie nicht verbessert, dagegen wird die Gefahr für die Mutter erhöht durch die grosse Häufigkeit der Weichteilverletzungen, besonders schwere Damm- und Cervixrisse bei der Extraktion durch den nicht so vollkommen wie bei Kopflagen erweiterten Genitalkanal. Noch besser ist ihr gegenüber immer das exspektative Verfahren. Bezüglich der hohen Zange sind die Geburtshelfer jetzt darin einig, dass durch dieselbe ein Resultat nicht erzielt werden kann, wenn dies der Wehenkraft nicht möglich ist. Ihr Indikationsgebiet ist daher ein sehr beschränktes: plötzliche Gefahr für das Leben des Kindes, dessen Rettung in der möglichst schnellen Extraktion besteht. Auch dieses Ziel wird selten zu erreichen sein, dabei sind die Gefahren für die Mutter erhebliche, so dass man besser auf die Anwendung der hohen Zange überhaupt verzichtet. Bei der künstlichen Frühgeburt betrug die Mortalität der Kinder immer noch etwa 12%. Es bleiben nur noch zu besprechen die Symphyseotomie und der Kaiserschnitt. Besonders die erstere zeichnet sich durch die grösste Klarheit der Indikation aus, sie bietet dagegen grosse technische Schwierigkeiten, kann nur oberhalb einer Conjungata vera von 7 cm ausgeführt werden und garantiert kein lebendes Kind. Der Kaiserschnitt soll nur vor oder ganz kurz nach dem Blasensprung ausgeführt werden. Auch noch heute beträgt die Mortalität der Kinder bei diesen Operationen auf der Zweifelschen Klinik 2—3%. Trotzdem wirft Krönig die Frage auf, ob man demgegenüber der Mutter noch immer das Recht zusprechen solle, die Perforation des lebenden Kindes zu verlangen und die Entbindung durch Kaiserschnitt abzulehnen, und entscheidet sich für den Standpunkt der Franzosen, die mehr das Recht des Kindes zum Leben anerkennen.

Dr. Reifferscheid rät auf Grund seiner an der Bonner Klinik gemachten Erfahrungen bezüglich der Geburten bei engem Becken bei Primiparis zunächst exspektativ vorzugehen, da bei Erstgebärenden zumeist Spontangeburten erfolgen. Ein vorsichtiger Zangenversuch bei hochstehendem Kopf ist berechtigt, wenn eine Indikation zur Beendigung der Geburt vorliegt. Auch die prophylaktische Wendung kann bei Erstgebärenden aus Rücksicht für die Mutter angewendet werden, doch gilt diese Operationsmethode hauptsächlich für Mehrgebärende, deren Anamnese die Spontangeburt unwahrscheinlich lässt. Die Perforation ist stets bei abgestorbenem Kinde indiziert, ferner bei Fieber, wenn prophylaktische Wendung unmöglich und Zangenversuch ohne Erfolg ist, andererseits Kaiserschnitt und Symphyseotomie nicht zu wagen sind. Dies trifft häufiger bei Erstgebärenden ein. Die künstliche Frühgeburt kommt für Erstgebärende nur bei Beckenverengerung dritten Grades in Frage. Ähnlich steht es mit dem Kaiserschnitt, über den aber der Frau die Entscheidung zu überlassen ist.

Für die Behandlung verschleppter Querlagen stellt Dr. Latzko (Wien) folgende Sätze auf: 1. Bei leicht erreichbarem Halse ist die Dekapitation das leichteste, kürzeste und sicherste Verfahren. 2. Bei schwer erreichbarem Halse ist von der Dekapitation abzusehen und zunächst die Evisceration auszuführen. 3. Dieselbe Indikation gilt für unmittelbar drohende oder schon eingetretene Uterusruptur, ferner für solche Fälle, in denen der Embryotomie forcierte Wendungsversuche verausgegangen sind. 4. In den eben erwähnten Fällen steht die transversale Thoraxspaltung mit Hilfe der Klettermethode den die verdünnte oder verletzte Gebärmutterwand am wenigsten gefährdenden Eingriff dar. 5. In den sub 2 angeführten Fällen kann im Anschlusse an die Evisceration die Dekapitation oder direkte Extraktion nach dem Mechanismus der Selbstentwickelung, eventuell die Extraction conduplicato corpore, je nach Massgabe der individuellen Verhältnisse Anwendung finden.

Bei der Placenta praevia totalis hat nach Dr. Ponfick (Breslau) der Gebrauch des Hystereurynters die besten Aussichten für Mutter und Kind, falls man letzteres noch lebensfrisch antrifft. Man durchbohrt die Placenta, führt den Hystereurynter mit der Kornzange durch die ge-

Digitized by Google

machte Öffnung ein und füllt ihn dann mit etwa 500 ccm sterilen Wassers. So wirkt er gleichzeitig blutstillend und wehenerregend. Stärkere Blutungen sind bei der Perforation der Placenta kaum zu erwarten; es gelingt fast regelmässig, selbst bei dem oft notwendigen brüsken Vorgehen, grössere Gefässe zu vermeiden, das Gewebe der Placenta reisst ein, während die Gefässe wie ein festes Gerüst Widerstand leisten. Das einzige, was man im Interesse des Kindes zu fürchten hat, ist die Nabelschnur, die gerade bei Placenta praevia so häufig tief auf dem vorliegenden Lappen oder in dessen nächster Umgebung inseriert. Hat man die Nabelschnur bei der Perforation glücklich gemieden, so kann sie durch den Metreurynter komprimiert und so das kindliche Leben gefährdet werden. Man soll deshalb unmittelbar nach jeder Hystereuryse oder noch besser während des Auffüllens des Ballons sorgfältig auf die Reaktion des Kindes achten. Sowie während des Einspritzens der Flüssigkeit eine Veränderung in der Qualität und Frequenz der kindlichen Herztöne auftritt, muss man sofort innehalten und, falls dies keine Besserung herbeiführt, eine bestimmte Menge Wassers in ein graduiertes Gefäss ablassen; auf diese Art bleibt man stets über den Inhalt des Ballons unterrichtet.

Dr. Mende hat acht Fälle von Placenta praevia mit der intrauterinen Kolpeuryse behandelt. Die Mütter blieben sämtlich am Leben; eine erkrankte an embolischer Lungenentzündung, genas aber später. Von den Kindern wurden fünf lebend geboren und drei waren vor Beginn der Entbindung gestorben. Vom Einlegen des Kolpeurynters bis zur Ausstossung vergingen in sechs Fällen: 40, 23, 12, 18—20, 6—7 und 11 ½ Stunden, in zwei Fällen nur zehn Minuten und weniger. Mende empfiehlt das Verfahren wegen seiner einfachen und leichten Technik und der sicheren, dadurch erzielten Blutstillung.

Dr. Forné stellt für die Behandlung der Uterusruptur folgende Regeln auf. Ist die Ruptur eine klomplette und die Frucht durch den Riss der Uteruswandung ganz oder nur teilweise in die Bauchhöhle getreten, so muss die Laparotomie gemacht werden, um die Frucht auf diese Weise ans Tageslicht zu befördern. Unmittelbar daran werden sich jene operativen Massnahmen anzuschliessen haben, welche die jeweiligen Verhältnisse erfordern. Ist bei kompletter Ruptur die Frucht noch im Uterus, so wird ebenfalls die Entwickelung der Frucht durch Laparotomie am Platze sein. Bei inkompletter Ruptur wird die Extraktion per vaginam vorzunehmen sein und nach den jeweiligen Umständen die Perforation oder Embryotomie bei totem Kinde, die Zange bei lebendem Kinde in Kopflage, sonst Wendung, selbstverständlich unter den grössten Vorsichtsmassregeln. Die Nachbehandlung bei inkompletten Rupturen besteht in Jodoformgazetamponade, wenn nicht schwere Blutung oder Infektion des Uteruscavums die Laparotomie indizieren, nach vorausgeschickter sorgfältiger Desinfektion der Vulva und Vagina durch antiseptische Spülungen und gleichzeitiger fester Bandagierung des Abdomens. Bei kompletter Ruptur ist, wie schon oben erwähnt, die Laparotomie zu machen, nach Entwickelung der Frucht der Riss zu nähen und die Bauchhöhle nach Toilette derselben in kunstgerechter Weise zu schliessen, falls nicht begleitende Nebenumstände die Entfernung des Uterus erfordern, die entweder total oder nach Porro vorgenommen wird.

Dr. Wiener glaubt, dass sich die Resultate der operativen Behandlung der Uterusruptur immer mehr bessern, je systematischer dieselbe durchgeführt wird. Die Frage, wie man operieren will, ergibt sich aus der Natur der Verletzung. Ist der Riss glatt: Vernähung, ist er zerfetzt: Entfernung des Uterus. Ob man nun den Uterus supravaginal abtragen will oder ihn total entfernen, untersteht nach Autors Ansicht der Wahl des Operateurs. Wenn er auch die Vorteile der breiten Drainage nach unten durchaus nicht bestreiten will, so glaubt er andererseits, dass der Uterusrest nicht nur eine gute Stütze für den Beckenboden abgibt, sondern auch als Deckmittel für Defekte der Nachbarorgane sich gut verwerten lässt. So gelang es ihm in einem Falle

Digitized by Google

durch einfaches Überdachen der vorhandenen Blasenverletzung, letztere dauernd zu heilen, und er ersparte sich die zeitraubende und manchmal doch nicht haltende Blasennaht.

Wie Prof. Zweifel (Leipzig) ausführt, ist die Mortalität der Symphyseotomie deshalb nicht so gut wie die des Kaiserschnittes, weil man in dem Verfahren der Operation Fehler machte. Seine Vorschläge gehen dahin: Es ist stets für einen vollkommenen Abfluss der Sekrete zu sorgen und zwar geschieht dies am besten durch ein Glas-Gummidrain, durch welches das Spatium praevesicale nach unten, der Schleife zu, drainiert wird. Zur Verhütung von Scheidenverletzungen ist es, wenn irgend möglich, nötig die Geburt nicht künstlich zu beenden, sondern sich selbst zu überlassen, vorausgesetzt, dass gute Wehen vorhanden sind; ferner ist zu diesem Zwecke eine Entlastung der vorderen Wand des Scheidenrohres durch kleine Einschnitte nach hinten zu erstreben. Die Kranke soll bei der Operation genau symmetrisch auf dem Tisch liegen und zwar in Walcherscher Hängelage. Nach Vollendung der Geburt wird die Vereinigung der Symphyse vorgenommen. Bei Fruchtwasserfäulnis mit Fieber ist die Symphyseotomie kontraindiziert. Seit Einführung der Drainage gelang es Zweifel fieberfreies Wochenbett zu erzielen.

Über den relativen Kaiserschnitt äussert sich Dr. Everke (Bochum) nach 29 in drei Jahren beobachteten Fällen folgendermassen. Die Perforation des lebenden Kindes ist fast ganz zu verwerfen, da fast immer eine gute Anstalt oder sachgemässe Hilfe zu erreichen ist, wo die Voraussetzungen für den Kaiserschnitt günstig sind. Die Prognose ist hierbei mindestens ebensogut wie bei der Perforation für die Mutter. Vorherige Untersuchungen sind keine Kontraindikation gegen den Kaiserschnitt. Bei den schweren Verletzungen der vaginalen Operationen werden mehr Eingangspforten für Sepsis geschaffen. Zur Verhütung von Allgemeininfektion und zur Gewinnung einer festen Uterusnarbe für spätere Schwangerschaften ist folgende Nahtmethode empfehlenswert. Eine Reihe Fäden, Decidua und innere Muskelschicht fassend, wird nach dem Uterusinneren zugeknotet, dann werden tiefe und oberflächliche Fäden nach der Bauchhöhle zu gelegt. Der vordere Längsschnitt ist den anderen Schnittmethoden vorzuziehen. Zur Verhütung von Atonia uteri und grösserem Blutverluste empfiehlt es sich, erst bei Eintritt der Wehen zu operieren und nach Entwickelung von Frucht und Placenta einen Jodoformgazetampon in die Uterushöhle zu legen. Auch bei schwerster Eklampsie ist unter Umständen zur Rettung von Mutter und Kind der Kaiserschnitt angezeigt.

Über Indikation und Recht zur Tötung des Fötus äussert sich Prof. Kossmann (Berlin) folgendermassen: In rechtlicher Beziehung ist die Frage noch nicht klar gestellt, ob der Arzt die Frucht zur Erhaltung des Lebens der Mutter töten dürfe. Den künstlichen Abort darf man nur ausführen, wenn das kindliche Leben auch durch die Verlängerung der Graviditat nicht gerettet werden kann. In solchem Falle soll man noch zwei Kollegen zuziehen und ein genaues Protokoll aufnehmen. Bei abnormer Lage des Kindes in der Geburt soll man, wenn eine spontane Geburt ohne grosse Lebensgefahr der Mutter möglich erscheint, abwarten. Das ist aber sehr selten. Bewertet man die Lebensfähigkeit beider Teile gegen einander, so steht das reife Kind in bezug auf vermutliche Lebensdauer der 23jährigen Mutter gleich. Zur Höherschätzung des kindlichen oder mütterlichen Lebens ist im speziellen die Unterscheidung der individuellen Verhältnisse beider Teile unerlässlich. Der Embryotomie mit einer Mortalität von 6 bis 7% ist der Kaiserschnitt trotz seiner höheren Mortalität (10%) prinzipiell vorzuziehen. Für das Leben des Kindes soll die Frau sich einer Gefahr unterziehen.

Prof. Freund (Strassburg) hält die Perforation als eine so sichere Operation, dass sie der normalen Entbindung fast gleichkommt. Der Kaiserschnitt kommt mehr für Anstalten in Betracht. Ohne Erlaubnis der Frau oder ihrer Angehörigen darf er nie ausgeführt werden.

Digitized by Google

Auf dem internationalen Gynäkologenkongresse zu Rom besprach Prof. Hofmeier (Würzburg) die durch Nephritis gegebene Indikation zur künstlichen Frühgeburt. Bei chronischer Nephritis ist im Interesse der Mutter die Schwangerschaft dann künstlich zu unterbrechen, wenn trotz geeigneter Behandlung die sekundären Erscheinungen der Erkrankung sich nicht bessern, sondern verschlimmern. Bei der sogenannten Schwangerschaftsniere ist mit Rücksicht auf die Gefahr der Eklampsie die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft (hier meist künstliche Frühgeburt) dann geboten, wenn trotz geeigneter diätetischer Behandlung die Symptome sich andauernd verschlimmern. Bei akuter Nephritis in der Schwangerschaft ist die künstliche Unterbrechung derselben mit Rücksicht auf die Möglichkeit eines günstigen Ausganges und mit Rücksicht auf die Wirkungslosigkeit bezüglich der drohenden Eklampsie nicht angezeigt.

Dr. Heilbronn gibt die Krankengeschichte einer 23jährigen, im achten Monate schwangeren Frau, die plötzlich erblindete. Im Urin war Eiweiss. Mit dem Augenspiegel fand man Neuro-Retinitis albuminurica und eine sehr grosse pralle Netzhautablösung. Nach Einleitung der künstlichen Frühgeburt und der Geburt eines unreifen toten Kindes ging die Neuro-Retinitis rasch zurück und legte sich die Netzhaut wieder vollständig an. Heilbronn weist darauf hin, dass die Frühgeburt möglichst bald nach eingetretener Sehstörung eingeleitet werden müsste, da nicht anzunehmen sei, dass eine monatelang abgelöste Netzhaut sich wieder anlege und funktionsfähig werde.

Prof. Schauta (Wien) bespricht sämtliche inneren Krankheiten die eventuell zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft Veranlassung geben können. Nerven- und Geisteskrankheiten. Polyneuritis gravidarum gibt in schweren Fällen eine Indikation ab. Bei Chorea gravidarum entscheidet der Verlauf in den ersten acht Tagen. Bei Tetanie kann im Interesse des mütterlichen Lebens, bei Gehirntumoren, Hemiplegien kann im Interesse des kindlichen Lebens eine Indikation zur Unterbrechung eintreten. Bei Psychosen nur bei Gefahr des Selbstmordes. Rückenmarkserkrankungen, Hysterie geben keine Indikationen, Epilepsie nur in sehr schweren Fällen. Von Augenkrankheiten kommt Retinitis albuminurica in Betracht. Respirationsorgane. Pneumonie und Pleuritis kontraindizieren die künstliche Unterbrechung; bei Lungentuberkulose wird höchstens der künstliche Abortus, (besonders bei der Larynxtuberkulose) etwas nützen. Macht die Tuberkulose starke Fortschritte, so kann auch später eine Indikation eintreten. In aussichtslosen Fällen von Tuberkulose ist die künstliche Frühgeburt indiziert, sobald das Kind lebensfähig ist. Bronchitiden, Emphysem und Asthma geben keine Indikation, Pneumothorax kontraindiziert die Unterbrechung. Herzkrankheiten. Bei zweckentsprechender Behandlung übersteht die übergrosse Mehrzahl der Kranken die Anstrengungen der Geburt ohne jegliche Störungen (95%). Komplikationen mit Tuberkulose und Nephritis sind sehr ungünstig. Mitralstenosen sind schwere Komplikationen. Sie indizieren schon bei geringen Kompensationsstörungen die Unterbrechung der Schwangerschaft. Bei inkompensierten Vitien ist zuerst interne Therapie zu versuchen. Bei Appendicitis muss ohne Rücksicht auf bestehende Schwangerschaft operiert werden. Ebenso bei schweren Gallensteinkoliken. Bei Peritonitis ist die Unterbrechung der Schwangerschaft kontraindiziert. Die Prognose der Hyperemesis ist weit günstiger, als im allgemeinen angenommen wird. Nur in den seltensten Fällen kommt die Unterbrechung der Schwangerschaft in Betracht. Anstaltsbehandlung, absolute Ruhe, Aufnahme flüssiger Nahrung in kleinen Quantitäten in horizontaler Lage führen meist zum Ziel. Albuminurie und Nephritis geben Indikationen ab, wenn trotz Milchdiät eine Besserung nicht eintritt. Bei chronischer Nephritis ist eine Schwangerschaft zu unterbrechen, sobald das Kind lebensfähig ist, oder schwere Komplikationen eintreten. Bei Eklampsie ist nur bei Häufung der Anfälle trotz sonstiger Therapie die Schwangerschaft zu unterbrechen. Bei Pyelonephritis sind zunächst

Digitized by Google

interne Mittel anzuwenden, eventuell in der 32. Woche die Frühgeburt einzuleiten. Bei lienaler Leukämie ist nur in schweren Fällen der künstliche Abortus indiziert. Morbus Basedowii kann durch Blutungen ins Endometrium zur Eiablösung führen. Bei hochgradigen Störungen des Allgemeinbefindens ist die Unterbrechung der Schwangerschaft indiziert. Diabetes gravidarum gibt eine schlechte Prognose (¼ der Fälle sterben); die Schwangerschaft ist schon in der ersten Zeit zu unterbrechen, eventuell kann die Lebensfähigkeit des Kindes abgewartet werden. Für Osteomalacie (progrediente, besonders rezidivierende,) bei durchgängigem Becken künstliche Frühgeburt, eventuell Tubenresektion nach Wochenbett; bei exacerbierter ovarieller Osteomalacie in der Schwangerschaft Kastration, nach Ablauf des Wochenbettes. Bei hochgradiger oder absoluter Beckenverengerung eventuell Sectio caesarea, bei Schwangerschaftsosteomalacie Sterilisation; bei ovarieller sofortiger Kastration oder Porrooperation oder abdominelle Totalexstirpation. Bei schwerer rezidivierender Osteomalacie eventuell schon in den ersten Schwangerschaftsmonaten Totalexstirpation, vaginal oder abdominal. Bei Typhus ist die Unterbrechung höchstens in den ersten Tagen von Nutzen, sonst ist sie kontraindiziert. Bei Typhus exanthematicus, Morbillen, Variola, Erysipel, Dysenterie ist keine Indikation vorhanden, bei Diphtherie, Cholera sogar kontraindiziert; bei Malaria ist die künstliche Frühgeburt unnötig, nur bei hochgradiger Kachexie indiziert. Lyssa, Rotz, Milzbrand bieten keine Indikation. Bei Influenza können nur Komplikationen eine Indikation darstellen, ebenso bei Rekurrens, Parotitis epidemica, Pertussis. Bei den meisten Infektionskrankheiten besteht keine Indikation zur Unterbrechung der Schwangerschaft; in vielen Fällen besteht Kontraindikation wegen Gefahr der Verschlimmerung durch septische Infektion. (Variola, Diphtherie). Bei Rheumatismus besteht Kontraindikation wegen seiner Gefährlichkeit im Wochenbett. Bei den verschiedenen Intoxikationen (Morphium, Blei, Quecksilber) tritt meist spontan Unterbrechung ein. Bei Tumoren, Myomen, Cysten, Dermoiden besteht keine Indikation; bei Carcinoma uteri ist ohne Rücksicht auf die Schwangerschaft die Totalexstirpation zu machen, bei lebendem Kinde Sectio caesarea, nicht Einleitung der Frühgeburt. Bei Struma ist die Strumektomie, nicht die künstliche Frühgeburt indiziert.

Dr. Hamburger redet der Berechtigung, bei tuberkulösen Arbeiterfrauen die Schwangerschaft zu unterbrechen, das Wort. Es muss hierbei individualisiert werden; indiziert ist der Eingriff, wenn sich im Auswurf Bacillen finden. Der nächste Kongress zur Bekämpfung der Tuberkulose sollte diese Sätze acceptieren.

Das Leben der tuberkulösen Frau, welche geboren hat, wird im Laufe der nächsten Jahre verkürzt. Prof. Dührssen hat operativ die Frauen steril gemacht und sie aufblühen sehen. Die Gefahren des künstlichen Aborts sind unter antiseptischen Kautelen gleich Null.

Dr. Lennloff hat bei Einleitung des künstlichen Aborts wegen Tuberkulose recht günstige Resultate gesehen.

Durch die übliche Lokalbehandlung des Kehlkopfes bei Larynxtuberkulose einer schwangeren Frau lässt sich nach Dr. Kuttner (Berlin) nichts erreichen. Es bleiben zwei Wege, welche einige Chancen bieten dürften: Erstens die Tracheotomie, welche zuweilen das Kehlkopfleiden günstig beeinflusst. Macht aber trotz jener die Krankheit Fortschritte, so bleibt ein einziges Mittel, welches die Mutter, wenn anders ihre Lungenerkrankung und ihr Allgemeinbefinden überhaupt noch eine Hoffnung zulässt, vor dem sonst sicheren Tode rettet, nämlich die sofortige künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft. Am günstigsten liegen die Aussichten bis zum fünften oder sechsten Monat. Vom siebenten Monat ab verschlechtern sich die Chancen; denn von dieser Zeit ab ist die Arbeitsleistung während des Geburtsaktes eine wesentlich grössere und der Blutverlust kann erheblich sein.

Dr. Jakub (Moskau) betrachtet Herz-

Digitized by Google

fehler als ernste, nicht selten auch sehr gefährliche Komplikation der Schwangerschaft. Mädchen mit weit vorgeschrittenem Herzfehler, besonders bei mangelhafter Kompensation, ist die Heirat zu widerraten, wobei allerdings die soziale Stellung der Kranken zu berücksichtigen ist. Frauen, die bereits geboren haben (ein- bis zweimal), müssen sich vor einer weiteren Schwangerschaft in acht nehmen. Bei den ersten Zeichen von Kompensationsstörungen bei einer Schwangeren ist, ohne Zeit mit therapeutischen Massnahmen zu verlieren, sofort zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft zu schreiten. Bei Mehrgebärenden ist, falls die vorangehenden Schwangerschaften mit schweren Erscheinungen von seiten des Herzens einhergegangen waren, zur Operation auch dann zu schreiten, wenn die Kompensation eine ziemlich befriedigende ist. Am zweckmässigsten ist es, die Operation innerhalb der ersten vier bezw. im Beginn des fünften Schwangerschaftsmonats vorzunehmen. Am zuverlässigsten und am sichersten werden dabei Wehen durch einen intrauterinen Kolpeurynter hervorgerufen. Die Anwendung von Chloroform ist nicht notwendig. Bei rechtzeitig eintretender Geburt ist bei mit Herzfehler behafteten Gebärenden die zweite Periode des Geburtsaktes durch Anlegung der Zange oder durch irgend eine andere entsprechende Operation zu kürzen. Die Anwendung von Secale cornutum in der Nachgeburtsperiode ist zu vermeiden. Frauen, die mit einem Herzfehler behaftet sind, müssen während der Schwangerschaft, der Geburt und der Nachgeburtsperiode unter steter Beobachtung eines Arztes sein. Eine mit Herzfehler behaftete Frau muss nach der Geburt mindestens 14 Tage zu Bett bleiben.

Dr. Hermann (Edinburgh) tritt mit Entschiedenheit für die Einleitung der künstlichen Frühgeburt bei Zuckerkranken ein. Da zwei Drittel aller Kinder in utero absterben, die Mutter aber die Chance hat, nach der Entbindung eine Besserung ihrer Krankheit zu sehen, und der Tod im Coma zweifellos seltener eintritt, wenn die Schwangerschaft noch nicht lange bestanden hat, wird sich der Geburtshelfer zur Opferung des kindlichen Lebens entschliessen müssen.

Dr. Ihm stellte Vergleiche über die exspektative und operative Behandlung von 39 an der Königsberger Frauenklinik beobachteten Fällen von Extrauterinschwangerschaft an. Beide Methoden ergaben gleich gute Chancen, nur fällt ein Moment schwerwiegend in die Wagschale zu gunsten der operativen Methode, dass nämlich die der Operation Unterzogenen ausnahmslos alle nach vier Wochen wieder vollkommen arbeitsfähig waren, während bei den konservativ behandelten Monate, ja sogar Jahre vergingen, ehe volle Arbeitsfähigkeit wieder eintrat, ein Umstand, der nicht zu unterschätzen ist, da ja derselbe mit den sonstigen Existenzbedingungen im engsten Zusammenhange steht. Aus diesem Grunde entscheidet sich der Verfasser zu gunsten der operativen Behandlung.

Dr. Nejelow berichtet über neun Fälle von Extrauteringravidität, bei denen aus verschiedenen Gründen keine Operation ausgeführt wurde. Der Tod erfolgte in einem Falle, doch waren alle Frauen mit Ausnahme einer lange Zeit leidend. Nejelow empfiehlt daher auf Grund dieser Erfahrungen stets ein operatives Verfahren.

Dr. Schenk stellte an 58 Fällen von Extrauteringravidität, die seit 1899 an Prof. Sängers Klinik in Prag zur Beobachtung kamen, die Tatsache fest, dass die Dauerresultate der exspektativ Behandelten denen der Operierten in nichts nachstehen und daher die exspektative Therapie in den hierzu geeigneten Fällen anzuwenden ist, wenn auch die primären Operationsresultate sehr günstige sind.

Dr. Strassmann (Berlin) hat in neun Fällen die Extrauterinschwangerschaft von der Scheide aus operiert; einmal wegen frischer Ruptur, zweimal wegen Molenbildung, sechsmal wegen tubaren Aborts. Dabei hat er dann mehrfach gleichzeitig andere pathologische Nebenbefunde (Ovarialcyste, alte Dammrisse etc.) mitbeseitigt. Die Operation erfolgte bald vom vorderen, bald vom hinteren Scheidengewölbe aus. Vorziehung des Uterus

Digitized by Google

nicht nötig; wegen aufgelockerten Zustandes des Bandapparates lässt sich die Tube leicht nach aussen bringen. Ovarium wird zurückgelassen. Andere Seite inspizieren! Desinfektion mit Lysoform, das sich ihm besonders bewährt hat. Vorbedingung für die vaginale Methode ist, dass die Gravidität nicht den vierten Monat überschritten hat. Indikation: Frische Blutung und sonstige starke Beschwerden. Laparotomie ist vorzuziehen bei zweifelhafter Diagnose (Verwechslung mit Appendicitis, Ulcus ventriculi perforatum u. a.), sowie bei ungenügender Assistenz und bedrohlicher Blutung.

Dr. Rieck (Altona) hat sechs Fälle von ektopischer Schwangerschaft mittelst der Colpotomia anterior behandelt; alle sind glatt genesen. Die Operation ist für den, welcher überhaupt vaginal operiert, nicht schwer; nach Eröffnung der Plicae vesico-uterinae und vorsichtigem Hinausleiten des Uterus bis vor die Vulva wird sofort mit einem Stieltupfer die kranke Tube von hinten her seitlich gegen die Beckenwand gedrückt und dann mit Zuhilfenahme des Zeigefingers der anderen Hand zur Bauchhöhle hinaus entwickelt. Darauf wird stets unter Leitung des Auges die typische Salpingotomie ausgeführt. Die eventuellen Verwachsungen und Pseudomembranen lassen sich, da sie frisch sind, sehr leicht stumpf trennen. Die Dauer der Operation war 35—60 Minuten (inkl. einer stets ausgeführten Abrasio und in einigen Fällen einer hinteren Kolporrhaphie), also nicht viel länger als die einer abdominalen Laparotomie mit exakter Vernähung der einzelnen Bauchhautschichten. Beim vaginalen Vorgehen ist ein Verband unnötig, Fäden brauchen, da vaginal nur mit Catgut genäht wird, nie entfernt zu werden. Die Rekonvalescenz ist in den meisten Fällen eine glatte, gelegentliche Temperatursteigerungen bis 38° haben nichts zu bedeuten. In zwei bis drei Wochen stehen die Operierten auf und können nach zwei weiteren Wochen ihrer Arbeit wieder nachgehen.

Prof. Ott berichtet ebenfalls über zwei Fälle von Tubarabortus, in denen die Colpotomia posterior und konsekutive Beleuchtung der Bauchhöhle von heilendem Erfolge war.

Die Eklampsie ist nach Prof. Pfannenstiel (Breslau) zumeist eine Erkrankung, welche eine bis dahin an Herz, Niere und Leber gesund gewesene Schwangere ganz unvorhergesehen befällt, wobei man allerdings unter Eklampsie nicht die Konvulsionen allein, sondern die Gesamtheit aller bei dieser Krankheit vorkommenden Symptome zu verstehen hat. Autor betrachtet die Eklampsie als eine Schwangerschafts- und nicht als eine Geburtskrankheit. Unter den Momenten, welche zum Ausbruch der Krankheit Veranlassung geben, verdient entschieden die meiste Berücksichtigung die Kompression der Ureteren. Diese erklärt, warum die Krankheit mit Vorliebe am Ende der Schwangerschaft, bei Erstgebärenden, bei älteren Erstgebärenden, bei Zwillingen und beim allgemein verengten Becken auftritt. Durch die Straffheit der Bauchdecken (I Gravidae), sowie der Uteruswandungen (Zwillinge) wird der Kopf auf die Ureteren gepresst gegen Ende der Schwangerschaft. Mehrgeschwängerte sind deshalb eher vor der Eklampsie geschützt. Für Kompression spricht die häufig vorhandene Oligurie, zuweilen sogar Anurie. Gegen primäre Nierenerkrankung spricht die manchmal nach dem ersten Anfall eintretende Albuminurie, sowie das oft rasche Verschwinden der Albuminurie post partum. Bezüglich der Therapie ist der Grundsatz zweifellos richtig, sobald als möglich die Geburt zu beenden. Wo dies aber nicht angängig, sollten forcierte Entbindungen, besonders der Kaiserschnitt, vermieden werden, da sie für schwere Fälle nichts helfen und leichtere Fälle, auch in anderer Weise behandelt, gesund werden können. Sehr wichtig ist eine rationell durchgeführte kräftige Diaphorese, wobei die Haut die ungenügende Ausscheidung der Giftstoffe durch die Niere ersetzt auf dem Wege der Transpiration. Ferner ist zu empfehlen die Magenausspülung, weil bekanntlich bei vielen Intoxikationen, so auch bei der Eklampsie, die Gifte in den Magendarmkanal ausgeschieden werden (daher das Erbrechen Vergifteter als ein Versuch der Naturheilung). Die auf diese Weise behandelten Fälle geben bei ungenügend erweiterten Geburtswegen eine bessere Prognose, als die forcierten Entbindungen.

Digitized by Google

Bei der Behandlung der Eklampsie hat man nach Prof. Veit (Leiden) auf folgendes zu achten: 1. Bei der Leitung der Geburt ist die strengste Antiseptik unerlässlich, weil die Eklamptischen für puerperale Infektion besonders empfänglich sind; 2. die Zufuhr von Nahrung und Medikamenten per os ist tunlichst zu beschränken, weil bei der somnolenten Patientin leicht eine Schluckpneumonie droht; 3. eine vaginale Exploration ist nur in Narkose vorzunehmen, um jeden neuen Reiz fernzuhalten. Die Therapie selbst hängt vom Allgemeinbefinden der Patientin und dem lokalen Zustande, besonders von der Erweiterung der Cervix, ab. Wenn der Muttermund völlig erweitert ist, und der vorliegende Teil tief im Becken steht, wird man natürlich unabhängig von dem Allgemeinbefinden allein in dem Auftreten eines einzigen eklamptischen Anfalles die Anzeige zur sofortigen Extraktion des Kindes unter Narkose sehen. Bei noch nicht völliger Erweiterung des Muttermundes besteht ein wichtiger Unterschied in dem Verhalten des Cervikalkanals; ist dieser oberhalb des äusseren Muttermundes völlig auseinandergewichen, so dass nur der scharfe Saum des letzteren noch besteht, so ist es ohne Gefahr leicht möglich, den Muttermund völlig zu erweitern; durch Dehnung des scharfen Saumes mit zwei Fingern oder durch seichte Einschnitte gelingt dies ohne Mühe. Auch hierbei wird man daher bei dem Auftreten von eklamptischen Anfällen sich schnell zur Entbindung entschliessen. Anders dagegen, wenn die Cervix zwar für einen Finger durchgängig ist, der Kanal aber in ganzer Länge noch erhalten ist. Hier muss das ärztliche Handeln sich ganz nach dem Zustande der Frau richten. Bei dem Beginn der Eklampsie wird man hierbei am besten tun, die Eihäute zu zerreissen, um die Spannung im Uterus zu vermindern und die Wehen kräftiger werden zu lassen. Folgen trotzdem bald mehrere Anfälle, so ist die Einlegung des Metreurynter, die Ausdehnung desselben und der Zug an ihm sehr zu empfehlen; in kurzer Zeit erweitert sich der Cervikalkanal vollkommen und dann kann man die Extraktion wiederum anschliessen, sobald erneute Anfälle folgen. Aber schon bei diesem Stand der Dinge wird man neben der geburtshilflichen Therapie die Erscheinungen der Eklampsie zu mildern suchen; hierzu empfiehlt sich in erster Linie die subkutane Injektion von Morphium, eventuell auch die wiederholte Darreichung von 1 g Chloralhydrat per clysma. Auch der Aderlass kann eine Besserung des Zustandes oder einzelner gefährlicher Symptome, so namentlich eine Verminderung der Cyanose, herbeiführen. Nächst diesen beiden Mitteln verdienen die heissen Bäder, resp. die Einpackung in feuchte Laken, das meiste Vertrauen. Bessert sich bei engem Cervikalkanale unter diesen Massregeln der Zustand nicht, nehmen die Konvulsionen an Intensität und Häufigkeit zu, so ist die sofortige Entbindung geboten. Welchen Weg man dafür wählt, wird von den äusseren Umständen der Patientin abhängen. In der Praxis wird sich der Kaiserschnitt häufig nicht ausführen lassen; wenn angängig, wird man die Geburt durch die kombinierte Wendung und nachfolgende Extraktion beenden. Ist die Cervix ganz geschlossen, so hat man sich vor allem zu fragen, ob man es hier mit einem Fall von Eklampsie in der Schwangerschaft zu tun hat. Man wird dann bei gutem Allgemeinbefinden Narkotika geben und beobachten. Wiederholen sich die Anfälle in bedrohlicher Weise, verschlechtert sich das Allgemeinbefinden der Patientin und bleibt die Cervix so gut wie völlig geschlossen, so ist die Entbindung angezeigt, wobei dem klassischen Kaiserschnitt vor dem vaginalen Wege der Vorzug zu geben ist. Im Wochenbett beschränkt man sich gleichfalls auf Narkotika, doch wird man bei ernster Verschlimmerung auch die Diaphoretika und den Aderlass im Auge behalten müssen.

Nach Dr. Kötschaus (Cöln) Ansicht dürfte die Berechtigung für den Kaiserschnitt bei Eklampsie dann vorliegen, wenn das Kind noch sicher lebt, aber ernstlich bedroht erscheint, während bei der Mutter trotz aller therapeutischen Bemühungen Zirkulation und Respiration immer gestörter werden, wobei natürlich die Unmöglichkeit der Entbindung per vias naturales Voraussetzung ist. Wenn auch die Fälle nicht gerade selten sind,

Digitized by Google

so ist der Kaiserschnitt in einer Reihe derselben unanfechtbar. Kötschau hat im Jahre 1898 zweimal die Sektion wegen Eklampsie ausführen müssen, da andere Mittel nicht mehr bestanden. Zweimal wurden die Mütter gerettet; einmal das Kind; das andere war vorher bereits abgestorben. Eine Frau starb später an Pneumonie.

Prof. Dührssen (Berlin) berichtet über einen Fall von vaginalem Kaiserschnitt bei Eklampsie und gibt der Hoffnung Ausdruck, dass diese Methode in Fällen von schwerer Eklampsie mit der Zeit den klassischen Kaiserschnitt vollkommen verdrängen werde.

Prof. Knapp (Prag) beschreibt das Dilatatorium von Bossi, mit dessen Hilfe es gelingt, den Muttermund innerhalb enger, geradezu in die Hand des Geburtshelfers gelegter Zeitgrenzen so zu erweitern, dass der Entbindung nichts mehr im Wege steht. Das Instrument besteht aus einer kräftigen Spreizvorrichtung mit mehreren Dilatatorrippen, welche mittelst einer Steuerschraube voneinander entfernt und fixiert erhalten werden. Ein an dem Griffteile angebrachter Tensionshebel zeigt die erzielte Erweiterung des Muttermundes in Centimetern an. Die Wirkung dieses Instrumentes ist nicht nur eine mechanische, sondern auch eine dynamische, indem dasselbe schon als Fremdkörper Wehen auslöst. Dies ist sowohl bei noch fehlender Wehentätigkeit, wie bei Einleitung der künstlichen Frühgeburt, als auch bei absoluter Wehenschwäche intra partum und bei mangelhafter Wehentätigkeit der Fall, so dass das Instrument im stande ist, eine geregelte Wehentätigkeit einzuleiten, bezw. die Frequenz und Intensität der Wehen in günstigem Sinne anzuregen und zu regeln. Weit mehr kommt allerdings die mechanische Wirkung in Betracht. Durch die Kombination beider Komponenten ist es möglich, die Geburt von dem vierten Schwangerschaftsmonate an jederzeit in Gang zu bringen und auch in kürzester Zeit zu beendigen, so dass der Geburtshelfer, in Fällen von Frühgeburt beispielsweise, den Zeitpunkt zur Beendigung der Geburt, sobald eine dringende Indikation hierzu eintritt, geradezu in der Hand hat. Was die Anwendungsweise des Instrumentes betrifft, so lässt sich dasselbe ganz gut in Querbett-Steissrückenlage applizieren; soll der Dilatation ein weiterer, schwieriger operativer Eingriff angeschlossenen werden, so ist es besser die Frau von vornherein auf den Operationstisch zu lagern. Die Einführung des Dilatatoriums kann unter blosser Leitung der Finger, aber auch unter jener des Auges bei Entfaltung der Scheide durch je einen vorderen und einen hinteren Spiegel geschehen. Narkose ist, ausser in Fällen von Eklampsie, für die blosse Dilatation nicht nötig. Die Gefahren, die die Anwendung des Instrumentes mit sich bringt, sind ursprünglich sehr überschätzt worden. Bei der nötigen Vorsicht, Ruhe und Geduld lassen sich unliebsame Verletzungen wohl vermeiden. Nach Verfassers Überzeugung verdient das Bossische Verfahren Gemeingut aller Ärzte zu werden. Der Dilatator zur forcierten Erweiterung des Muttermundes dürfte von nicht minderem Nutzen und vielleicht geringerer Gefahr für die Geburtshilfe sein, als die Zange. Das Instrument ist durch die Firma Knoke & Dressler, Dresden erhältlich.

Prof. Leopold (Dresden) hat das Bossische Dilatatorium in 17 Fällen mit bestem Erfolge angewandt. Das Instrument eröffnete den zum Teil noch geschlossenen Muttermund innerhalb 20 bis 30 Minuten so weit, dass die Zange angelegt oder die Wendung ausgeführt werden konnte. In keinem Falle trat eine nennenswerte Zerreissung des Muttermundes ein, dagegen erfolgten sehr bald Wehen, die sich gleichmässig fortsetzten. Zwölf Mütter hatten Eklampsie; alle wurden geheilt. Leopold empfiehlt das Bossische Instrument für die Behandlung der Eklampsie aufs wärmste.

Dr. Kaiser (Dresden) empfiehlt zur Bossischen Erweiterung des Muttermundes statt des vom Autor angegebenen ein neues Instrument (zu haben bei Herm. Straube in Dresden) welches acht Hebel besitzt und sich bequem in seine Teile zerlegen lässt. In 25 Minuten soll der uneröffnete Muttermund damit auf 34 cm Weite gebracht sein. Indiziert ist das Verfahren nur bei notwendiger

Digitized by Google

schleuniger Entbindung, besonders bei Eklampsie. Bei künstlicher Frühgeburt ist der Metreurynter vorzuziehen.

An der Giessener Frauenklinik wird, wie Dr. Pape mitteilt, folgendes veränderte Verfahren der Metreuryse zur Einleitung der Frühgeburt angewandt: Der Braunsche Ballon wird zunächst mit 5—600 ccm gefüllt, Wehen setzen gewöhnlich nach 5—45 Minuten ein, nach zwei Stunden wird ein Gewicht von ½ bis 1 kg angehängt. Nach 3—5 Stunden pflegen sich dann die Wehen alle fünf Minuten zu folgen und nun werden plötzlich — das ist das Neue des Verfahrens — 100—200 ccm abgelassen. Der Erfolg soll der sein, dass die Wehen häufig und kräftig werden, wie in der normalen Austreibungsperiode. Der Ballon muss natürlich auch nach dem Ablassen noch prall gefüllt sein; das Gewicht wird entfernt, so dass der Ballon nur durch die Wehentätigkeit ausgestossen wird. Der Muttermund war dann stets völlig verstrichen. Prinzipiell wird nach der Geburt des Ballons Wendung und Extraktion angeschlossen. Nach dieser Methode wurden 91,3% der Kinder lebend geboren und 86,9% lebend entlassen. Die Resultate übertreffen die anderer Autoren erheblich. Einen nachteiligen Einfluss auf den Verlauf des Wochenbettes hat die Metreuryse nicht.

Zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt benutzte Dr. Scheib (Prag) in sechs Fällen eine von Knapp empfohlene elastische Metallbougie mit gutem Erfolge. Die Methode wurde gewöhnlich in der Weise gehandhabt, dass ein oder zwei Metallbougies, nach Auskochen in 1% Sodalösung durch 5—10 Minuten, durch den Cervikalkanal unter möglichster Schonung der Eiblase zwischen dieser und der Uteruswand hinaufgeführt wurden, woselbst sie bis zum Eintritt von kräftigen Wehen, jedoch nicht länger als höchstens zehn Stunden, belassen wurden. Erschienen nach diesem Zeitraume die Wehen für eine rasche Beendigung der Geburt nicht kräftig genug, so wurde die Metreuryse angeschlossen. Die Vagina wurde mit Jodoformgaze leicht tamponiert, welch letztere auch die Bougie umgab. Eine Verletzung der Eihäute konnte bei der Einführung fast immer vermieden werden; die Geburt kam, mit einer Ausnahme, nach ¾—5½ Stunden in Gang. Vorzüge der elastischen Metallbougies sind: 1. Die absolut sichere Sterilisierbarkeit, 2. die grössere Biegsamkeit und damit leichtere Handhabung, 3. die schnelle Wirksamkeit.

Prof. Chrobak (Wien) hält die Tamponade des puerperalen Uterus nach Dührssen für berechtigt in manchen Notfällen der Praxis. Bei den Versuchen auf seiner Klinik kamen auf 27 Kranke drei Todesfälle, darunter nur einer, bei dem es trotz richtig ausgeführter Tamponade weiter geblutet hatte. Auf der richtigen Ausführung, d. h. der exakten vollkommenen Ausstopfung der Uterushöhle liegt der Schwerpunkt. Diese wird am ehesten bei der manuellen Ausführung gewährleistet, weniger bei der Anwendung der nicht ungefährlichen Kornzangen und dergleichen. Unerlässlich ist vor allem auch die fortgesetzte Kontrolle und die Regulierung der Uteruskontraktion.

Dr. Henkel (Berlin) empfiehlt zur Behandlung der Blutungen post partum ein neues Verfahren, das es zunächst bei Cervixrissen mit Erfolg ausführte. Es ist dies die beiderseitige Abklemmung der Arteriae uterinae mit Muzeux-Hakenzangen. Die Technik ist dabei sehr einfach. Nach Einstellung der Portio werden die Muttermundslippen gefasst und zuerst nach der dem Cervixriss entgegengesetzten Seite stark gezogen. Hierauf wird ein zweiter Muzeux „ohne Rücksicht auf Blase und Ureter“ an das betreffende Parametrium gelegt und geschlossen. In der gleichen Weise wird hierauf das andere Parametrium abgeklemmt. Entfernung der Zangen nach 12—24 Stunden. Das Verfahren hat sich auch bei Atonia uteri bewährt, so dass Henkel hierbei auf die Tamponade zu gunsten seines Verfahrens verzichten will. Nachteile für Blase und Ureter glaubt Henkel nicht befürchten zu müssen, trotzdem er selbst zweimal Blut im Urin fand.

Bezüglich der Behandlung der Placentar- und Eihautretention erteilt Prof. Hofmeier (Würzburg) praktische Ratschläge. Unter den Begriff der Placentarretention fallen diejenigen Zustände, wo unter Umständen selbst nach

Digitized by Google

stundenlangem Warten die Placenta noch nicht spontan aus dem Uterus ausgestossen ist, oder wo man nach kürzerer Zeit durch Blutung genötigt sein könnte, die Placenta zu entfernen, dies aber durch den gewöhnlichen Credéschen Handgriff nicht gelingt. Bei der allgemein anerkannten Gefährlichkeit der manuellen Placentarlösung ist zunächst die Frage zu beantworten, wie lange kann und darf man mit einem derartigen Eingriff warten. Ist man von Beginn der Geburt an am Kreisbette, so empfiehlt Verfasser dringend, sich über die abgegangene Blutmenge dadurch zu vergewissern, dass man das abgehende Blut von Anfang an in einer sauberen Schüssel auffängt. Nur so ist die Grösse des Blutverlustes sicher zu verurteilen; erreicht der Blutverlust 1000—1500 g, so soll man mit der manuellen Lösung nicht mehr zögern. Wird man erst wegen der Blutung in der Nachgeburtsperiode gerufen, so muss man sich nach dem Allgemeinzustand der Wöchnerin und nach dem, was man von dem abgegangenen Blute sieht, richten. Liegt überhaupt keine Blutung vor, die zum Einschreiten nötigt, so soll man erst nach etwa 3—4-stündigem Warten an die Entfernung der Placenta gehen, und auch dies nur dann, wenn man den Credéschen Handgriff energisch, nötigenfalles in Narkose, vergeblich versucht hat. Bei der Retention von Eihäuten soll man sich tunlichst exspektativ verhalten; nennenswerte puerperale Erkrankungen hat Verfasser selbst nach Retention des ganzen Chorion nicht gesehen. Die Ablösung der Eihäute dauert allerdings manchmal recht lange (6—8 Tage), aber die decidualen Verwachsungen, welche an der Retention schuld sind, lockern sich doch spontan unter den puerperalen Rückbildungsvorgängen. Man beschleunigt den Vorgang durch reichliche Gaben Secale und erhält Zersetzungserscheinungen der Sekrete durch Ausspülungen in Schranken.

Für die Behandlung der Fälle von Geburtsbehinderung durch Eierstockgeschwülste sind nach Dr. Semon (Danzig) folgende Leitsätze massgebend: Jeder Versuch einer operativen Entbindung per vias naturales vor Beseitigung des Hindernisses ist ein Fehler. Diese Beseitigung kann durch Reposition, durch Punktion und Incision per vaginam oder durch Ovariotomie inter partum geschehen. Reposition und Punktion sind nicht ungefährlich. Forcierte Repositionsversuche können zur Ruptur führen. Punktion kann bei Cysten Erfolg haben, bei Dermoiden ist breite Incision und Drainage vorzuziehen. Das rationellste Verfahren ist die Ovariotomie inter partum. Die Wahl zwischen vaginaler und abdominaler Operation ist von der Lage des Falles abhängig; nur cystische, nicht adhärente, gut zu stielende Tumoren sollen vaginal operiert werden. Die Sectio caesarea soll im allgemeinen nicht unternommen werden. Sie könnte nur in Frage kommen, wenn die abdominelle Ovariotomie bei inoperablen Tumoren, bei festen Verwachsungen, bei intraligamentärer Entwickelung etc. einmal nicht durchführbar sein sollte.

Dr. Orgler ist der Ansicht, dass bei Ovarialtumor während der Schwangerschaft im Interesse von Mutter und Kind die Ovariotomie zu machen ist. Die Einleitung des künstlichen Aborts ist dagegen als ganz unrationell zu verwerfen, während allein schon die Diagnose eines Ovarialtumors während der Schwangerschaft im allgemeinen eine Ovariotomie indiziert im Interesse von Mutter und Kind. Sie muss so früh als möglich vorgenommen werden.

Auch Dr. Graefe (Halle a. S.) steht auf dem Standpunkt, jeden Ovarialtumor in der Schwangerschaft so bald wie möglich zu operieren. Was die Operationsmethode anlangt, so muss man im Interesse der Erhaltung der Gravidität möglichst rasch den Eingriff vollenden. Am leichtesten wird dies in der Regel auf dem Wege der abdominellen Cöliotomie zu erreichen sein. Sie gestattet bei Beckenhochlagerung die Geschwulst unter genauer Kontrolle des Auges, in nicht komplizierten Fällen ohne Dislokation des Uterus zu entfernen. Bei intraligamentärer Entwickelung, Verwachsung des Tumors mit den Nachbarorganen kommt allein der Bauchschnitt in Frage. Die Operation von der Scheide aus ist nach Verfasser nur für eine bestimmte Gruppe von Fällen zu wählen, und zwar nur in Form der Colpotomia posterior;

Digitized by Google

diese kommt in Betracht ausschliesslich für die Fälle, in denen ein cystischer Tumor im Douglas, bezw. auf dem hinteren Scheidengewölbe liegt. Hier gestaltet sich die Operation sehr einfach. Die hintere Lippe der Portio wird im Rinnenspeculum eingestellt, mittelst Kugelzange gefasst und nach oben gezogen, die hintere Scheidenwand median gespalten, der Douglas eröffnet, eine nicht zu breite Rinne nach hinten in ihn eingeführt. Entweder stellt sich jetzt die Cyste von selbst ein oder sie wird durch Druck von den Bauchdecken her sichtbar gemacht. Sie wird angestochen, die Schnittränder beiderseits mit Klammern gefasst und während sich der Inhalt entleert, der Sack langsam so weit extrahiert, bis er gestielt und abgetragen werden kann. Hat man sich überzeugt, dass es aus dem Stumpf nicht mehr blutet, so werden die Fäden abgeschnitten und der Uterus zurückgeschoben. Darauf wird die Scheidenwunde durch das Peritoneum mitfassende Catgutnähte geschlossen, eventuell in den unteren Wundwinkel, ein kleiner, kurzer Jodoformgazestreifen eingelegt. Bei drohendem Abort liegt natürlich auch kein Grund vor, die Operation zu unterlassen.

Dr. Doran berichtet über einen Fall von Schwangerschaft nach Entfernung beider Ovarien wegen Ovarialcysten. Ein kleiner Knoten auf der linken Seite des Uterus war das einzige, was von den Uterusadnexen übrig geblieben war.

Über die Therapie bei Gravidität kompliziert durch Carcinom des Uterus äusserst sich Dr. Wagner (Karlsruhe) folgendermassen: Sobald ein Carcinom in der Schwangerschaft erkannt ist, soll ohne Rücksicht auf die Zeit der Gravidität, d. h. innerhalb der nächsten Tage, der Uterus entfernt werden. Ist die Patientin kurz ante terminum, so braucht man das Einsetzen von Wehen nicht abzuwarten. Der Operationsweg soll in allen Schwangerschaftsmonaten, wenn nicht besondere Kontraindikation vorliegt, grundsätzlich der vaginale sein. Im ersten bis vierten Monat entferne man den Uterus, ohne ihn zu entleeren; im fünften und sechsten Monat kann es nötig werden, durch Ablassen des Fruchtwassers vor der Exstirpation das Organ zu verkleinern. Sobald das Kind lebensfähig ist, mache man die Sectio caesarea vaginalis. Die abdominelle Sectio caesarea und die abdominelle oder kombinierte Totalexstirpation bedürfen besonderer Indikationen.

Das therapeutische Vorgehen bei der vom Uterus ausgehenden septischen Infektion wird sich, wie Dr. Abel ausführt, darnach zu richten haben, ob die Erkrankung allgemeiner Natur oder auf Uterus, Parametrien und Adnexe lokalisiert ist. In erster Linie wird festzustellen sein, ob im Uterus Placentarreste vorhanden sind oder nicht. Verfasser warnt vor der Entfernung mit der Curette und ist für die digitale Ausräumung nach vorausgegangener Erweiterung des Muttermundes durch Tamponade mit Jodoformgaze. In manchen Fällen kommt es nach der Ausräumung rasch zur Entfieberung und Genesung, in anderen wieder dauert die Infektion mit ihren Folgeerscheinungen an. Für die von manchen Seiten empfohlenen Uterusspülungen mit desinfizierenden Flüssigkeiten ist Verfasser nicht, weil sie vorerst den eigentlichen Krankheitsherd in keinerlei Weise tangieren und dann auch nicht ungefährlich sind. Während Autor der permanenten Alkoholdesinfektion sehr skeptisch gegenübersteht, spricht er der Vaporisation, beziehungsweise Atmokausis eine gewisse Bedeutung nicht ab und rät, sie in verzweifelten Fällen der Totalexstirpation des Uterus vorauszuschicken. Er warnt vor einer zu weitgehenden Indikationsstellung der letzteren. Die Serumtherapie (Antistreptokokkenserum) beurteilt Verfasser sehr skeptisch. Ebenso bezweifelt er die Wirksamkeit der sogenannten künstlichen Eiterung. Kochsalzinfusion und Inhalationen mit Sauerstoff empfiehlt er wärmstens. Hat sich die septische Infektion lokalisiert, und ist es zur Eiteransammlung gekommen, so muss für frühzeitige Entleerung desselben von der Scheide aus gesorgt werden. Pyosalpinges und Ovarialabscesse sind radikal anzugehen.

Die Hysterektomie als Therapeuticum bei puerperaler Infektion bildete ein Diskussionsthema auf dem internationalen Gynäkologenkongresse zu Rom. Prof. Fehling (Strassburg) kommt

Digitized by Google

diesbezüglich zu folgenden Schlüssen: Die Hysterektomie des puerperalen Uterus ist bei allgemeiner Septikämie aussichtslos und zu verwerfen. Die Hysterektomie des puerperalen Uterus kann rationell nur empfohlen werden, wenn der Herd der Intoxikation oder Infektion auf den Uterus beschränkt ist, also bei Zersetzung durch Verhalten der Placenta oder Teile derselben, bei Verjauchung puerperaler Myome, bei verjauchten Eiresten nach Abort und Unmöglichkeit der Entfernung derselben auf anderem Wege. Die Indikation hierzu wird demnach sehr selten vorhanden sein. Bei einzelnen Fällen von Metrophlebitis puerperalis (Pyämie) kann die Hysterektomie von Nutzen sein, zumal im Zusammenhang mit Unterbindung oder Exstirpation der thrombosierten Venen der Ligamenta lata und der Spermatika, oder die letzte Operation für sich allein.

Prof. Leopold (Dresden) unterscheidet folgende Gruppen puerperaler Infektion: 1. Die puerperale Peritonitis, bei der eine chirurgische Behandlung unter Umständen nützen kann, eine Entfernung des Uterus aber keinen Zweck hat; 2. die Aufspeicherung der Eitererreger in den Venengeflechten, venöse Form, wie sie besonders nach kriminellem Abort, Placenta praevia und manueller Placentarlösung vorkommen, bei denen die Entfernung des Uterus allein keinen Zweck hat, höchstens im Zusammenhang mit den vereiterten Venen Vorteile haben kann. Ein günstiger Verlauf nach Totalexstirpation darf nicht zu dem Schlusse führen, dass diese Art die allein richtige Therapie war. Einen hervorragenden Fortschritt bedeute hierin das Trendelenburgsche Verfahren der Entfernung der Thromben allein. 3. Die Art des Fortschreitens der septischen Infektion vom Endometrium auf Adnexe der einen Seite (Endometritis, Salpingitis, Oophoritis purulenta puerperalis). Hier käme die Entfernung der kranken Adnexe in Betracht. 4. Die Metritis acuta puerperalis abscedens, Parametritis posterior et pelveoperitonitis. Die Aufsuchung aller Eiterherde per laparotomiam scheint hierbei nach Leopolds Erfahrungen der Totalexstirpation vorzuziehen zu sein. 5. Quetschung von Tumoren, Myomen, Dermoiden mit Gewebszertrümmerung und beginnende Sepsis; die Hysterektomie kann hierbei Vorteile bieten, besser ist aber die Trockenlegung und Drainage der betr. Höhle. 6. Verjauchung des puerperalen Uterus bei Retentio placentae, die auf keine Weise durch die Scheide zu entfernen ist; hier ist die Hysterektomie indiziert.

Aussicht auf Erfolg nach Vornahme einer Hysterektomie beim Puerperalprozess hängt nach Dr. Grandin nur davon ab, ob der richtige Augenblick gewählt wurde. Die Schwierigkeit des letzteren Umstandes liegt darin, die Ursache des im Wochenbette auftretenden Fiebers zu konstatieren. Man muss es sich zur Regel machen, ausnahmslos in jedem Falle von fieberhaftem Verlaufe des Wochenbettes die Gebärmutterhöhle in Narkose aufs sorgfältigste abzutasten. Verfasser ist der Ansicht, dass dort, wo die Gebärmutterhöhle frei von in Fäulnis übergegangenem Material ist, die septischen Erscheinungen aber schwer sind, die Hysterektomie vergleichsweise noch die besten Aussichten gibt. Doch muss sie frühzeitig ausgeführt werden, weil die Ausbreitung der Infektion über die Genitalorgane hinaus auf dem Wege des Lymphsystems ausserordentlich rasch erfolgt.

Dr. Mariani berichtet über einen Fall von schwerer puerperaler Infektion des Uterus, gefolgt von akuter Peritonitis, in dem 46 Tage nach der Entbindung die vaginale Exstirpation des Uterus mit günstigem Erfolge ausgeführt wurde.

Auf Grund der günstigen Erfolge, die bei pyämischer Thrombose des Sinus transversus infolge von eitriger Otitis durch Ausräumung der Thromben aus dem Sinus und Unterscheidung der V. juguluris nit. erzielt worden sind, hat sich Prof. Trendelenburg (Leipzig) an die chirurgische Behandlung der puerperalen Pyämie gewagt, d. h. derjenigen Form von Pyämie, bei der die Allgemeininfektion ausschliesslich oder doch im wesentlichen durch septische Thrombose den Uterusvenen vermittelt wird. Trendelenburg hat bisher fünfmal versucht, die puerperale, thrombotische Pyämie durch Unterbindung der abführenden Venen, der V. hypogastrica und Spermatica, zu heilen.

Digitized by Google

Die Unterbindung wurde extroperitoneal nach Ablösung des Peritoneum von einem Schrägschnitt über dem Lig. Poupartii aus vorgenommen. In vier akuten Fällen, in denen die Thrombose schon zuweit vorgeschritten war, konnte die Operation den Tod nicht abwenden. Dass bei der chronischen Form der Pyämie die Venenunterbindung auch in späteren Stadien noch einen entscheidenden Einfluss auf den Verlauf ausüben kann, davon hat sich Autor bei einer 35jährigen Kranken überzeugt, die ohne Unterbindung der V. hypogastrica und der vier Wochen später vorgenommenen Ligatur der V. spermatica wohl sicher gestorben wäre. Es dürfte dieser Fall von puerperaler Pyämie wohl der erste sein, in dem durch Venenunterbindung die Heilung gelang. Bei Beantwortung der Frage, ob rechts oder links operiert werden soll, wird man sich nach etwa vorhandener Druckempfindlichkeit und durch bimanuelle Untersuchung nachweisbarer Infiltration des einen oder anderen Parametrium richten müssen. Recht häufig betrifft die Thrombose beide Parametrien. In zweifelhaften Fällen unterbindet man zunächst beide Hypogastricae; kommt die Pyämie danach nicht zum Stillstand, so ist die Unterbindung der einen oder anderen Spermatica nachzuholen.

Dr. Wernitz (Odessa) empfiehlt bei akuter Sepsis Hegarsche Einläufe mit ½—1%iger Kochsalzlösung. Man lässt das Wasser langsam einlaufen und senkt den Irrigator, sobald Drang eintritt. Hierdurch wird zuerst der Darm ausgespült, später die Flüssigkeit resorbiert. Die Prozedur muss lange fortgesetzt werden, mindestens zur Zeit eine Stunde lang. Dann tritt reichliche Diurese und starke Schweissekretion mit Temperaturabfall ein, das subjektive Befinden bessert sich, die Benommenheit verringert sich und die Kranken können wieder genesen. Wernitz hat bis jetzt fünf Fälle erfolgreich behandelt, darunter drei septische Aborte, eine akute Sepsis nach normaler Geburt und eine akute Peritonitis infolge eines alten salpingitischen Prozesses.

Dr. Geiringer hat einige Fälle von puerperaler Sepsis mit Unguentum Credé behandelt. Einen wirklich guten Erfolg konnte er nur in den Fällen konstatieren, in welchen ausgeprägte lokale Erscheinungen von seiten des Peritoneums fehlten, wo also die Erscheinungen allgemeiner Sepsis vorhanden waren. Ganz unbeeinflusst verliefen diejenigen Fälle, bei denen die Sektion schwere eiterige Infiltration der Parametrien und des Peritoneums oder eine ausgebreitete diphtheritische Entzündung des Endometriums darbot. Jedenfalls aber sollte nach Autor in jedem Falle von puerperaler Sepsis ein Versuch mit der Einreibung von Unguentum Credé gemacht werden.

Dr. Gessner stellt den Grundsatz auf, dass jede Berührung der inneren Geschlechtsteile einer Kreissenden nur auf eine bestimmte Anzeige hin vorgenommen werden soll. Die äusseren Geschlechtsteile und Umgebung sind vor jeder Entbindung mit 1%iger Lysollösung gründlich zu reinigen. Diese Reinigung ist bei länger dauernden Geburten zu wiederholen, bei Erstgebärenden stets noch einmal vor dem Durchschneiden des Kopfes. Zu achten ist darauf, dass keine Verunreinigung mit Kot stattfindet. Vor einer geburtshilflichen Operation soll die Desinfektion der äusseren Geschlechtsteile in gleicher Weise peinlich wie vor jeder gynäkologischen Operation vorgenommen werden. Auswaschungen der Scheide macht Gessner nur dann, wenn bestimmte Anzeigen dafür vorliegen, wie starker eitriger oder übelriechender Ausfluss bei lange dauernden Entbindungen. Gessner hält vor operativen Eingriffen eine Desinfektion der inneren Geschlechtsorgane nicht für geboten, ebensowenig nach einer künstlichen Entbindung. Ob nach fieberhaften Entbindungen, bei Zersetzung der Ausscheidungen der Geschlechtsteile und des Fruchtwassers Tympania uteri eine Ausspülung der Gebärmutter und der Scheide durchaus notwendig ist, ist fraglich. Gessner hat in einer Anzahl derartiger Fälle die Ausspülung unterlassen und keinen Nachteil davon gesehen. Auch für die Schwangerschaft empfiehlt Gessner öftere lauwarme Vollbäder und tägliche Waschungen der äusseren Geschlechtsteile. Im Wochenbette sind die äusseren Geschlechtsteile

Digitized by Google

mit abgekochtem Wasser abzuspülen, zwischen die Schenkel ist ein Bausch keimfreier Watte zu legen. Bei übelriechendem Wochenflusse kann eine Scheidenspülung ratsam sein. Günstig kann eine Gebärmutterausspülung wirken bei Anwesenheit von Saprophyten in der Gebärmutter und hierdurch bedingtem Resorptionsfieber. Da man bei Beginn des Fiebers meist noch nicht die bakteriologische Diagnose stellen kann, ob es bedingt ist durch Saprophyten oder Streptokokken und da eine vorsichtig ausgeführte Ausspülung der Gebärmutter schwerlich Schaden anrichtet, so tut man nach Gessners Ansicht gut, diese möglichst frühzeitig bei höherem Fieber auszuführen. Wiederholte Spülungen oder gar Ausschabung der Gebärmutter sind aber zu unterlassen. Man muss sich auf Mutterkorn, gute Ernährung und reichliche Gaben von Alkohol beschränken.

Nach Dr. Eberhart müssen Scheidenspülungen stets gemacht werden: 1. bei Gonorrhoe, 2. bei sonstigen reichlichen Ausflüssen, 3. wenn die Vaginalsekrete übel riechen, 4. wenn Temperaturerhöhung bei der Geburt eintritt, 5. wenn ein operativer Eingriff, namentlich ein intrauteriner, vorgenommen werden soll, ganz besonders aber vor der Placentarlösung.

Dr. Gubarew spricht die Vermutung aus, dass aktives Eingreifen bei normal verlaufenden Geburten viele fixierte Lageveränderungen des Uterus und die meisten Adnexerkrankungen verschulde. Deshalb wendet sich Gubarew gegen diese Polypragmasie seitens der Ärzte bei normalen Geburten und namentlich gegen den Credéschen Handgriff, um die Nachgeburtsentfernung zu beschleunigen. Der Natur selbst müsste man auch diesen physiologischen Vorgang zu vollbringen überlassen und nicht noch durch Verabreichung von Secale eine übermässige, tetanische Kontraktion des Uterus hervorrufen, welche nur schaden, aber in keiner Hinsicht nützlich sein kann. Durch derartige übermässige Kontraktion der Muskelfasern wird es zu einer Schädigung der sich in den Uterusvenen frisch gebildeten Thromben kommen müssen, dabei kann auch eine Zerreissung der Fasern selbst und Hämorrhagien in denselben entstehen. Ausserdem liegt die Befürchtung nicht fern, die durch die genannten Eingriffe übermüdete Uterusmuskulatur könnte nicht rechtzeitig das klaffende Lumen der Gefässe schliessen und andererseits für eine Evakuation der in ihrer Höhe sich angesammelten Blutcoagula sorgen, zumal die Ringmuskulatur am Cervix durch das Secale sich im Kontraktionszustande befindet und solches könnte wiederum zu einer Wucherung der im Uterus befindlichen Mikroben und den anfangs genannten Nachkrankheiten führen.

Dr. Foges (Wien) war in der Lage, bei einer 18jährigen Frau vom Beginne des dritten Schwangerschaftsmonates ein ganz kolossales Wachstum der Brustdrüsen zu beobachten. Damit ging gleichzeitig ein rapider Verfall der Kräfte, sowie eine hochgradige Abmagerung der Patientin einher. Da der Zustand der Patientin immer bedrohlicher wurde, so wurde die Unterbrechung der Gravidität quoad sanationem ins Auge gefasst. Da dies jedoch von der Patientin nicht zugelassen wurde, so musste man sich zur Amputation der hypertrophischen Mammae und Nebenmammae entschliessen. Der operative Eingriff wurde von der Patientin gut überstanden. Die Gravidität wurde durch die Vornahme der Operation in keinerlei Weise tangiert, sie ging dem normalen Ende zu und wurde ein gesundes kräftiges Kind zur Welt gebracht.

Dr. Kneise (Halle a. S.) studierte die Bakterienflora der Mundhöhle des Neugeborenen vom Momente der Geburt an und ihre Beziehungen zur Ätiologie der Mastitis. Die Resultate seiner Untersuchungen fasst Kneise in folgenden Sätzen zusammen: Kinder, die den normalen Geburtweg durchlaufen, zeigen fast sämtlich (in 97,5% der Fälle) im Momente der Geburt eine reiche Bakterienflora ihrer Mundhöhle. Unter diesen Keimen nehmen Staphylokokken und Streptokokken eine hervorragende Stellung ein. Diese pathogenen Keime können, wie der Tierversuch ergeben hat, hoch virulent sein. In den ersten Wochenbettstagen zeigen die pathogenen Keime eine beträchtliche Zunahme. Bei Kindern, deren

Digitized by Google

Mütter Brustdrüsenerkrankungen darbieten, finden sich Staphylokokken in der Mundhöhle in allen Fällen, Streptokokken sehr häufig, nach vorliegenden Untersuchungen in 73,73% der Fälle. Es ist die grösste Wahrscheinlichkeit (in einem der Fälle erwiesen), dass die pathogenen Keime primär sich im kindlichen Munde und erst sekundär auf der mütterlichen Brustwarze befinden, dass somit der kindliche Mund die Quelle der Mastitiserreger darstellt. Die Bakterienflora der Mundhöhle des Neugeborenen ist identisch mit derjenigen des mütterlichen Scheidensekretes. Die meisten dieser Keime leben auch unter normalen Verhältnissen als harmlose Saprophyten der Scheide. Das Vaginalsekret gelangt teils durch Schluckbewegungen des Fötus, teils durch den Druck der Vaginalmuskulatur in die kindliche Mundhöhle. Der Satz von der Selbstreinigung der Scheide bedarf einer wesentlichen Einschränkung. Bei der Therapie der Mastitis ist die Prophylaxe, eventuell sofortiges Absetzen des Kindes von der erkrankten Brust das wesentlichste.

Um die Bildung von Rhagaden und Fissuren der Brustwarzen zu vermeiden, empfiehlt Dr. Davis (Philadelphia) schon während der Schwangerschaft die Warzen auszuziehen und die Brüste mit Salben von Borsäure und Lanolin oder Kakaobutter, von Bismuthum subnitricum und Ricinusöl oder mit sterilisiertem Olivenöl einzureiben. Verhärtung der Brust durch Milchstauung bekämpft Davis durch warme Umschläge und Massage mit warmem Öl, worauf mit der Brustpumpe etwas Milch abgenommen und dann das Kind angelegt werden soll. Die Bildung eines Abscesses ist nicht leicht zu diagnostizieren, da auch die Brustdrüse Fluktuationsgefühl gibt. Es empfiehlt sich, deshalb schon zu incidieren, sobald nur eine umschriebene, harte, schmerzhafte Stelle nachweisbar ist und Fieber besteht. Davis begnügt sich jedoch nicht mit der Incision, sondern nimmt von der Incisionsöffnung aus eine Durchsuchung der ganzen Drüse vor, indem er mit dem Finger tastend nach allen Seiten hin die Scheidewände etwaiger weiterer Abscesse durchbricht und dann die ganze Wunde mit antiseptischer Lösung ausspritzt und drainiert.

Die Verhütung und Therapie des Abortus von Dr. Hahn (Wien. med. Presse Nr. 44. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 98). — Zur Behandlung des Aborts mit besonderer Berücksichtigung der Narkose von Dr. Keiler (Ther. Monatsh. 10. H.). — Über den gegenwärtigen Stand der Frage der Behandlung der Gesichtslagen von Dr. Cholmogorow (Russki Wratsch. Nr. 7. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 55). — Über Geburtsleitung beim engen Becken von Prof. Krönig (Deutsche med. Wochenschr. — Medico Nr. 27). — Geburten beim engen Becken von Dr. Reifferscheid (Festschr. f. Fritsch. — Ther. d. Gegenw. 9. H.). — Beiträge zur Tecknik der Embryotomie von Dr. Latzko (Monatsschr. f. Geb. u. Gynäk. 14. Bd. 6. H.). — Zur Therapie der Placenta praevia totalis von Dr. Ponfick (Allg. med. Zentral-Ztg. — Medico Nr. 33). — Zur Behandlung der vorliegenden Nachgeburt mit Zugrundelegung des Materials des Kreises Waldenburg nach den Hebammenberichten aus den Jahren 1894–1899 von Dr. Mende (Ther. Monatsh. — Schm. Jahrb. 276. Bd. 12. H.). — Die verschiedenen bei Uterusruptur gebräuchlichen Behandlungsarten von Dr. Forne (Zentralbl. f. d. ges. Ther. 7. H.). — Zwei weitere Fälle von Uterusruptur, operativ geheilt von Dr. Wiener (Münch. med. Wochenschrift Nr. 42). — Die Symphyseotomie mit besonderer Drainage des Spatium praevesicale sive Cavum Retzii per vaginam von Prof. Zweifel (Hegars Beitr. 6. Bd. 1. H. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 19). — Über Kaiserschnitt II. von Dr. Everke (Monatschr. f. Geb. u. Gynäk. 14. Bd. 5. H. — Schm. Jahrb. 275. Bd. 8. H.). — Prof. Kossman und Prof. Freund über Indikation und Recht zur Tötung des Fötus in der Berliner medizinischen Gesellschaft (Therap. Monatshefte. 6. Heft.). — Prof. Hofmeier und Prof. Schauta über die Indikationen zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft auf dem internationalen Gynäkologenkongresse zu Rom (Münch. med. Wochenschr. Nr. 43). — Über Netzhautablösung bei Schwangerschaftsnephritis von Dr Heilbronn (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 4 u. 5. — Schm. Jahrb. 274. Bd. 5. H.). — Dr. Hamburger, Prof. Dührssen und Dr. Lennloff über die Berechtigung und Notwendigkeit, bei tuberkulösen Arbeiterfrauen die Schwangerschaft zu unterbrechen in der Berliner medizinischen Gesellschaft (Ther. Monatsh. 9. H.). — Larynxtuberkulose und Gravidität von Dr. Kuttner (Arch. f. Laryng. 12. H. Bd. 3. H. — Ther. Monatsh. 10. H.). — Herzerkrankungen als Indikation zur künstlichen Schwangerschaftsunterbrechung von Dr. Jakub (Med. Woche. — Medico Nr. 28). — Diabetes und Schwangerschaft von Dr. Hermann (Medico Nr. 23). — Zur Therapie der Extrauterinschwangerschaft von Dr. Ihm (Zeitschr. f. Geb. u. Gynäk. 46. Bd. 2. H.). — Über die nicht operative Behandlung der Extrauteringravidität von Dr. Nejelow (Chirurg. — Rev. d. med. Zeitschr. Nr. 11). — Dr. Schenk über Therapie der Extrauteringravidität auf der deutschen Naturforscherversammlung zu Karlsbad (Münch. med. Wochenschr. Nr. 42) — Dr. Strassmann über die operative Entfernung der Eileiterschwangerschaft durch die Scheide in der Berliner medizinischen Gesellschaft (Münch. med. Wochenschr. Nr. 13).

Digitized by Google

— Zur Behandlung der Extrautorinschwangerschaft von Dr. Rieck (Münch. med. Wochenschr. Nr. 31). — Über innere Blutung bei Tubarabortus und über deren Behandlung von Prof. Ott (Russki Wratsch. Nr. 12). — Prof. Pfannenstiel über das Wesen der Eklampsie in der medizinischen Sektion der schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 23). — Über die Behandlung der Eklampsie von Prof. Veit (Ther. Monatsh. 4. H.). — Dr. Kötschau über Kaiserschnitt bei Eklampsie im allgemeinen ärztlichen Vereine zu Köln (Münch. med. Wochenschr. Nr. 12). — Ein neuer Fall von vaginalem Kaiserschnitt bei Eklampsie nebst Bemerkungen über die Behandlung der Eklampsie von Prof. Dührssen (Arch. f. Gynäk. 61. Bd. 3. H.). — Zur Frage des Accouchement forcé durch instrumentelle Aufschliessung des Muttermundes von Prof. Knapp (Klin. ther. Wochenschr. - Medico Nr. 44). Zur schnellen vollständigen Erweiterung des Muttermundes mittels des Dilatatoriums von Bossi, namentlich bei Eklampsie von Prof. Leopold (Zentralbl. f. Gynäk. Nr. 19). — Zur schnellen Erweiterung des Muttermundes nach Bossi von Dr. Kaiser (Zentralb. f. Gynäk. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 42). — Über Metreuryse von Dr. Pape (Zeitschr. f. Geb. u. Gynäk. 6. Bd. 1. H. — Ther. d. Gegenw. 8. H.. — Bericht über sechs Fälle von künstlicher Frühgeburt mittelst elastischer Metallbougie nach Knapp von Dr. Scheib (Wien. klin. Wochenschr. - Medico Nr. 35). — Zur Tamponade des puerperalen Uterus von Prof. Chrobak (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 38). — Blutungen nach der Geburt und ihre Behandlung von Dr. Henkel (Zeitschr. f. Geb. u. Gynäk. 47. Bd. 2. H.). — Über die Behandlung der Placentar- und Eihautretention von Prof. Hofmeier (Deutsche Ärzte-Ztg. — Medico Nr. 34). — Geburtsbehinderung durch Eierstockgeschwülste von Dr. Semon (Monats-Schr. f. Geb. u. Gynäk. 16. Bd. 3. H. — Ther. d. Gegenw. 12. H.). — Zur Prognose und Indikation der Ovariotomie während der Schwangerschaft von Dr. Orgler (Arch. f. Gynäk. 65. Bd. 1. H. — Schm. Jahrb. 274. Bd. 5. H.). — Zur Frage der Ovariotomie in der Schwangerschaft von Dr. Graefe (Münch. med. Wochenschr. Nr. 43. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 93). — Dr. Doran über einen Fall von Schwangerschaft nach Entfernung beider Ovarien in der Obstetrical Society of London (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 100). — Über die Therapie bei Gravidität, kompliziert durch Carcinom des Uterus von Dr. Wagner (Monatsh. f. Geb. u. Gynäk. — Medico Nr. 29). — Die Behandlung der vom Uterus ausgehenden septischen Infektion von Dr. Abel (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 30). Prof. Fehling und Prof Leopold über die Hysterektomie in der Behandlung der puerperalen Infektion auf dem internationalen Gynäkologenkongresse zu Rom (Münch. med. Wochenschr. Nr. 43). — Hysterektomie beim Wochenbettfieber von Dr. Grandin (Med News Nr. 18. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 10. H.). — Schwere puerperale Infektion des Uterus, gefolgt von akuter Peritonitis. Vaginale Hysterektomie. Heilung von Dr. Mariani (Arch. Fiost. o. gin. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 10. H.). — Über die chirurgische Behandlung der puerperalen Pyämie von Prof. Trendelenburg (Münch. med. Wochenschr. Nr. 13). — Zur Behandlung der Sepsis von Dr. Wernitz (Zentralbl. f. Gynäk. Nr. 6. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 7). — Ein Fall von Processus puerperalis, mit Ungentum Credé behandelt von Dr. Geiringer (Wien. med. Presse Nr. 8). — Antiseptik oder Aseptik in der Geburtshilfe von Dr. Gessner (Schm. Jahrb. 273. Bd. 2. H.). — Dr. Eberhart über Asepsis und Antisepsis in der operativen Geburtshilfe im allgemeinen ärztlichen Verein zu Köln (Münch. med. Wochenschr. Nr. 2). — Über die Prophylaxe der Frauenkrankheiten, welche mit dem Geburtsakt in Zusammenhang zu bringen sind von Dr. Gubarew (Wratsch. Nr. 3. — Rev. d. russ. med. Zeitschr. Nr. 6). — Schwangerschaftshypertrophie der Mammae und Nebenmammae von Dr. Foges (Wiener klinische Wochenschrift. — Zentralblatt f. d. ges. Ther. 2. H.). — Die Bakterienflora der Mundhöhle des Neugeborenen vom Momente der Geburt an und ihre Beziehungen zur Ätiologie der Mastitis von Dr. Kneise (Beitr. zur Geb. u. Gynäk. — Schm. Jahrb. 273. Bd. 1. H.). — Puerperale Mastitis: Ihre Prophylaxe und Behandlung von Dr. Davis (Ther. gaz. — Ther. Monatsh. 3. H.).

Gehirn-, Schädel- und Rückenmarkschirurgie. Beiträge zur Gehirnchirurgie liefert Prof. Krause (Berlin). Bei der modernen Technik und Asepsis sollen die Trepanationen möglichst ausgiebig sein. Von der Epilepsie kommt nur die halbseitige, Jacksonsche Form hier in Betracht, aber auch dann, wenn sie nicht traumatischen Ursprunges ist. Geheilt ist das Leiden aber nur, wenn die Anfälle mindestens 4—5 Jahre ausbleiben. Andererseits soll man nach Horsley auch operieren, wenn keine Narbe vorhanden ist, er schneidet alsdann das Zentrum der Anfälle aus. Den Hirngeschwülsten ähnliche, teils lokale, teils allgemeine (Hirndruck-)Erscheinungen erzeugen Cysten, Fremdkörper etc. im Gehirn. Sitzen sie im Kleinhirn, so sind sie schwer zu erkennen, besonders schwer ist die Frage, ob sie rechts oder links sitzen. Krause bildet daher einen so grossen Lappenschnitt bis zur Lambdanaht, dass er beide Kleinhirnhemisphären übersehen kann. Ohne Operation sind die Fälle rettungslos verloren und qualvollen Zuständen preisgegeben. Drei solcher Fälle haben die Operation gut überstanden. Fremdkörper können glatt einheilen, können aber noch nach langer Zeit tödliche Hirnabscesse hervorrufen, wie ein mitgeteilter Fall beweist. Hirnabscesse nach Otitis können sich zuweilen nach

Digitized by Google

der Hinterfläche des Felsenbeines entwickeln. Infektiöse Sinusthrombosen müssen energisch operativ angegriffen werden, da die Kranken sonst rettungslos an Pyämie sterben. Grosse Knochendefekte ersetzt man am besten durch Knochenlappenbildung aus der Nachbarschaft nach König; ist dies nicht angängig, so kann man auch Knochenplatten von Tieren, Leichen etc., welche aseptisch behandelt, am besten ausgekocht sind, einsetzen und darüber die Wundränder. Das Verfahren hat Krause häufig zum Ziele geführt.

Prof. Gassenbauers (Wien) Erfahrungen lehren in Übereinstimmung mit den in der Literatur niedergelegten, dass die Entfernung von Hirngeschwülsten, selbst wenn sich ihr Sitz durch prägnante Herdsymptome in der motorischen Region der Zentralwindungen mit grosser Wahrscheinlichkeit bestimmen lässt, noch immer auf grosse Schwierigkeiten stösst. Ausgesprochene Herdsymptome zeigen wohl Erkrankung der ergriffenen Region, aber nicht mit Notwendigkeit eine Geschwulst im engeren Sinne an; Herdsymptome im Bereiche der motorischen Zone der Zentralwindungen können sich auch, wenn sie nicht von allem Anfange an unter den Symptomen prävalieren, als Fernwirkungen tiefer gelegener Geschwülste erweisen. Ein Gliosarkom lässt eine günstige Prognose in bezug auf eine Rezidive, selbst wenn die Entfernung des Tumors scheinbar im normalen Hirngewebe ausgeführt werden kann, nur mit grosser Reserve aufstellen. Als wesentlichen Erfolg der Operation bei Hirngeschwülsten bezeichnet Verfasser das Aufhören der Kopfschmerzen in allen Fällen, in welchen derselbe bestand, die temporäre und selbst bleibende Rückbildung der Stauungspapillen und damit die teilweise Wiederherstellung des Sehvermögens, wenn nicht bereits Sehnervenatrophie und damit Amaurose eingetreten war. Auch die teilweise Rückbildung von Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen im Bereiche des Facialis und der Extremitäten kann man auf die intrakranielle Druckherabsetzung durch die Operation beziehen. Die kontralateralen Lähmungen, welche auch in solchen Fällen aufgetreten sind, in denen Geschwulstexstirpationen nicht vorgenommen wurden, sind wahrscheinlich als Folgen von vorübergehenden Zirkulationsstörungen im Cortex zu betrachten, da dieselben in wenigen Tagen sich zurückbilden. Man kann dieselben auch beobachten, wenn man z. B. zwecks einer Geschwulstexstirpation der Schädelknochen genötigt ist, auch die Dura in grösseren Ausdehnungen zu entfernen. Man kann annehmen, dass die Lähmungen verschwinden werden, wenn sie nicht auf Substanzverluste in den motorischen Rindengebieten zu beziehen sind.

Dr. Sänger (Hamburg) berichtet über elf Fälle von Hirntumoren, in denen die Trepanation allein durch Aufheben des Hirndruckes bedeutende Besserung herbeigeführt hat: Zurückgehen der Stauungspapille, Verschwinden der Kopfschmerzen etc. Er ist deshalb der Ansicht, dass bei jedem inoperablen Hirntumor eine Trepanation mit Duraspaltung gemacht werden soll.

Prof. Jonescu (Bukarest) teilt einen Fall von Hydatidencyste des Gehirnes mit, indem er eine Kephalektomie machte. Es wurde ein elliptischer fronto-temporo-parietaler, etwa 12 cm langer Lappen links abgehoben, die Hirnsubstanz freigelegt und in der Mitte des Lobulus parietalis incidiert. Es entleerte sich eine klare Flüssigkeit und eine orangegrosse, dünnwandige Cyste wurde entfernt. Die Dura mater wurde hierauf genäht, der Lappen der Schädelwand zurückgeschlagen und die Haut genäht. Nach der Operation wurde bald eine Besserung im Zustande der Kranken konstatiert und konnte dieselbe nach sechs Wochen geheilt entlassen werden. Patientin ist seit einem Jahre in Beobachtung und bietet keinerlei krankhaftes Symptom.

Prof. Hoffmann (Greifswald) führt den Verschluss von Defekten am knöchernen Schädel durch der Nachbarschaft entnommene Knochenplättchen folgendermassen aus: Es werden mit dem Elevatorium vom Rande des Defekts die Weichteile inklusive Periost an einer oder mehreren Stellen zurückgeschoben, so dass der Knochenrand in einer Breite von 2—3 cm freiliegt. Dann werden mittelst eines

Digitized by Google

geraden Meissels 1—4 qcm grosse Stücke abgetragen. Hierbei brechen die streifenartig geformten Knochenplättchen, wenn sie etwas länger sind, in der Regel ein, und erhalten eine nach der früheren Oberfläche gerichtete Konkavität. Mit diesen Knochenstückchen wird nun der Schädeldefekt in der Weise austapeziert, dass sie den Defektrand und sich mit ihren Rändern decken. Es kommen dabei die früher aussen liegenden, etwas konkaven Flächen nach innen zu liegen, wodurch einmal die Wölbung des Schädels nachgebildet wird und zweitens die glatten Seiten der Dura zugewendet sind. Über die implantierten Stücke werden die Weichteile vorsichtig herübergelagert und exakt vernäht. Über die Nahtlinie wird ein Streifen Protektivseik gelegt. Bei intakter Dura verwächst in der Regel der implantierte Knochen nicht mit der Hirnhaut; wenn die Hirnsubstanz, besonders die verletzte, dem implantierten Knochen anliegt, könnte allerdings Verwachsung eintreten; vielleicht verhindern jedoch die Pulsationen des Gehirns dieselbe in vielen Fällen. Durch Autopsie hatte Verfasser in seinen Fällen keine Gelegenheit, sich von dem Verlauf in dieser Beziehung zu überzeugen. Verfasser empfiehlt sein Verfahren in folgenden Fällen: 1. Bei der Trepanation des intakten Schädels, wenn das Wagnersche Verfahren nicht anwendbar ist oder aus irgend einem Grunde der resezierte Knochen nicht reimplantiert werden kann; 2. zum Verschluss von Defekten, die subkutan entstanden sind durch Trauma oder durch Geschwülste; 3. bei primär in Behandlung kommenden, komplizierten Frakturen, wenn Teile der Schädeldecke verloren gegangen sind oder wegen nicht genügender Garantie ihrer Asepsis nicht reimplantiert werden können; 4. zum Verschluss von Knochenlücken, welche nach vereiterten Frakturen zurückgeblieben sind, sekundär nach Reinigung der Wunde; Bedingung ist Vorhandensein von genügender Haut, um die Wunde schliessen zu können: 5. bei Defekten, die infolge Knocheneiterung anderer Ätiologie, z. B. Syphilis, Tuberkulose entstanden sind, wenn Verschluss der Hauptwunde möglich und eine solche angezeigt ist.

Weil. Prof. Hahn (Berlin) berichtete über seine Erfahrungen auf dem Gebiete der Rückenmarkschirurgie, die etwa zehn Jahre zurückliegen. Er hat operiert: a) wegen Verletzung des Rückenmarks durch Stich zweimal; davon ist ein Patient geheilt, einer gestorben; b) wegen Fraktur viermal; davon starb einer bald, die drei anderen mehrere Monate nach der Operation; trotzdem rät Hahn, hier so früh wie möglich zu operieren, wenn Kompressionserscheinungen da sind, damit nicht erst irreparable Degenerationen sich entwickeln; c) wegen Echinococcus zweimal, davon einer gestorben, einer geheilt; d) wegen Tumor dreimal; bei allen dreien war in der Tat kein Tumor vorhanden; einmal fanden sich verdickte Knochenmassen, die Hahn abmeisselte; danach Heilung; in den beiden anderen Fällen fand sich einmal eine Erweichung, einmal Syringomyelie. Beide starben. Die Ergebnisse der Rückenmarkschirurgie sind also keine sehr befriedigende und Hahn glaubt, dass auch die in letzter Zeit mitgeteilten günstigen Ergebnisse bald wieder von ungünstigen abgelöst werden. Die Diagnose der Höhenbestimmung eines Tumors ist jetzt nicht mehr so schwierig, wie die Bestimmung der Art eines Tumors, besonders ob es sich um einen extraduralen oder intraduralen handelt. Die Operation des ersteren gibt sehr viel günstigere Prognose, als die des letzteren, weil bei diesem die Cerebrospinalflüssigkeit abläuft, bei jenem nicht.

Prof. v. Bókay (Budapest) führte in einem Falle von Hydrocephalus chronicus internus während 14 Monate elfmal die Quinckesche Lumbalpunktion aus und entleerte im ganzen 300 cm Liquor cerebrospinalis. Das Kind wurde vollkommen gesund.

Prof. Krause über Beiträge zur Gehirnchirurgie im Verein für innere Medizin zu Berlin (Ther. Monatsh. 6. H.). — Erfahrungen über die osteoplastische Schädeltrepanation wegen Hirngeschwülsten von Prof. Gassenbauer (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 6—8). — Dr. Sänger über die Palliativoperation des Schädels bei inoperablen Hirntumoren auf dem deutschen Chirurgenkongresse zu Berlin (Münch. med. Wochenschr. Nr. 17). — Die Hydatidencyste des Gehirnes und deren chirurgische Behandlung von Prof Jonescu (Rev. d. Chir. Nr. 2—3 — Münch. med. Wochenschr. Nr. 21). — Über Verschluss von Defekten am knöchernen Schädel durch der Nachbarschaft

Digitized by Google

entnommene Knochenplättchen von Prof. Hoffmann (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 33. — Prof. Hahn über Rückenmarkschirurgie in der freien Vereinigung der Chirurgen Berlins (Med. Woche Nr. 7). — Prof. v. Bókay über einen durch Lumbalpunktion geheilten Fall von Hydrocephalus chronicus internus im Budapester königlichen Ärztevereine (Ung. med. Presse Nr. 17).

Gelbes Fieber. Dr. de Gouvea ist der Ansicht, dass das gelbe Fieber weder durch direkte noch indirekte Berührung übertragen wird, der noch unbekannte Keim der Krankheit muss sich im Blute des kranken Menschen befinden und wird durch gewisse Moskitos (Culex taeniatus, Meigen und andere Arten) übertragen. Die Prophylaxe dieser Krankheit ist dieselbe wie jene der Malaria und Filariose und besteht darin, dass auf jede Weise die Annäherung der Moskitos an die Menschen und die Wasserbehälter verhindert wird und die Erkrankten selbst isoliert werden. Bezüglich der Zerstörung der Moskitos gibt Gouvea schliesslich eine Anzahl Massregeln an, wie Anwendung von Teer, Petroleum, Kochsalz gegen die Larven, Drainage und Regulierung des Bodens; auf den Schiffen sollen beim Verlassen der Häfen in die verschiedenen Räume unter Druck Dämpfe von schwefliger Säure, welche die Moskitos zerstören, eingeführt werden. Gouvea zweifelt nicht, dass, wenn einmal in allen zivilisierten Ländern diese Schutzmassregeln genau befolgt werden, nicht nur Malaria, Filariose und Gelbfieber, sondern wahrscheinlich auch Beri-Beri und Lepra unterdrückt werden können.

Die Moskites und das gelbe Fieber von Dr. de Gouvea (Bull. med. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 2).

Gelenkerkrankungen. Dr. Friedrich (Altenberg) berichtet über die funktionellen Erfolge bei der modernen Behandlung septischer Gelenke, die in den letzten Jahren im chirurgisch-poliklinischen Institut der Universität Leipzig geübt wurde. Die eingeschlagene Behandlung war eine mit Rücksicht auf Resektion, Amputation oder Exartikulation absolut konservative; es wurde bei allen Fällen nur frühzeitig ausgiebig incidiert und das Gelenk breit drainiert. In der Folgezeit der Nachbehandlung wurde das Gelenk absolut ruhig gestellt; von Spülungen mit antiseptischen Lösungen wurde prinzipiell abgesehen. Die funktionellen Resultate waren bei allen Patienten recht günstige. Hervorzuheben ist, dass die Kranken samt und sonders in hochfebrilem und mehrfach sehr heruntergekommenem Ernährungszustand der Behandlung zugingen, dass die ersten Erscheinungen der Gelenkinfektion 5—20 Tage nach dem Beginn der hierseits ausgeführten Behandlung vorausgingen, dass allenthalben reichlicher Eiter vorhanden war und stets Staphylokokken oder Streptokokken aus demselben in Reinkultur isoliert wurden. Es handelt sich um Fuss-, Knie-, Hüft-, Ellenbogen-, Schultergelenke.

Dr. Friedrich über die funktionellen Erfolge der modernen Behandlung septischer Gelenke in der medizinischen Gesellschaft zu Leipzig (Münch. med. Wochenschr. Nr. 33).

Gicht und harnsaure Diathese. Untersuchungen, die Dr. Subkow bezüglich des Einflusses der Alkalien auf den Ausscheidungsprozess der Harnsäure anstellte, ergeben, dass kleine Mengen von Natrium bicarbonicum das Gesamtquantum des zur Ausscheidung gelangenden Stickstoffes um 4—6 % verringern, die Harnsäuremenge um 6—9 % verkleinern, die absolute Menge des Harnstoffes um 2—3,5 % herabsetzen und die relative Quantität des letzteren um 1,5 bis 3,8 % vergrössern. Dosen von 3,0—6,0 Soda wirken im entgegengesetzten Sinne. Über die Zersetzung der Harnsäure im Organismus spricht Subkow den Gedanken aus, dass bei den Säugetieren sich bedeutend mehr Harnsäure bildet als nachher zur Ausscheidung gelangt, und dass dieser Überschuss mit Hilfe eines fermentativen Prozesses zersetzt wird. Dieser Vorgang ist durchaus kein Oxydations-, sondern ein Hydratationsprozess. Das in Frage kommende Ferment befindet sich hauptsächlich in der Leber. Bei Vögeln und Reptilien ist dieses Ferment entweder gar nicht vorhanden, oder wenn es auch vorhanden ist, so fehlen doch die Bedingungen für seine Wirksamkeit,

Digitized by Google

unter denen das Fehlen des Temperaturoptimums die Hauptrolle spielt. Da eine Synthese im Organismus nur durch Vermittelung der lebenden Zelle vor sich gehen kann, so muss jegliche Reizung des Zellprotoplasmas sich durch eine Vermehrung der Harnsäuremenge dokumentieren, einerlei ob dieser Reiz ein physiologischer oder pathologischer, ein thermischer oder chemischer ist. Auf diese Weise erklärt sich die Vermehrung des Harnsäurequantums im kindlichen Alter und nach dem Essen, bei fieberhaften Prozessen, bei Herabsetzung oder Steigerung der Blutalkalescenz u. s. w. Eine Herabsetzung der Funktion der Leber muss in noch einschneidenderem Grade auf die Menge der Harnsäure im Sinne einer Vermehrung derselben aus zwei Gründen einwirken: erstens wird die Zersetzung der Harnsäure in der Leber abgeschwächt und zweitens ergibt sich aus der eintretenden Autointoxikation eine gesteigerte Reizbarkeit sämtlicher Zellen (bei Leberkrankheiten, Leukämie, harnsaurer Diathese). Die Leukocytose, welche ja mit der Vermehrung der Menge der Harnsäure in Zusammenhang gebracht wird, ist nur der Ausdruck für die Lebensfähigkeit des Organismus und tritt ebenfalls als eine Folge der Reizung des Zellprotoplasmas auf. Alle physiologischen, pathologischen und chemischen Einwirkungen, welche die Lebensfähigkeit und die Vitalität des Protoplasmas der Zellen herabsetzen, müssen auch die Quantität der Harnsäure vermindern, wie das höhere Alter, Kachexie und dergleichen Zustände.

Prof. Strauss (Berlin) stellt sich die Entstehung des Gichtanfalles so vor, dass in bestimmten Gewebspartien eine durch lokale Anhäufung gewisser Stoffwechselprodukte erzeugte Ausfällung der in den betreffenden Gewebspartien und gleichzeitig in der Gewebsflüssigkeit im Übermasse vorhandenen Harnsäure erfolgt. Durch sie werden entzündliche Prozesse und in schweren Fällen Nekrosen erzeugt. Die Entwickelung derselben wird dadurch begünstigt, dass das harnsäurereiche Blut die Gewebe für die Reizwirkung ausfallender Harnsäure anfälliger macht und dass die schlechte Vaskularisation der betreffenden Gewebspartien an sich noch das Zustandekommen der Nekrose an denjenigen Stellen erleichtert, an welchen erfahrungsgemäss die Gichtanfälle mit Vorliebe auftreten.

Die therapeutische Aufgabe bei der Gicht besteht nach Prof. His (Leipzig) darin: 1. die harnsäurezerstörenden Funktionen des Körpers zu schonen; nach Analogie mit dem Diabetes ist eine Verbesserung dieser Funktion durch Schonung zu erwarten. Die Form der Diätvorschriften kann innerhalb weiter Grenzen individuell variiert werden, falls nur Mässigkeit, Vermeidung überschüssiger Fleischnahrung und von Alkohol gewährleistet wird. 2. Die Harnsäurebildung zu vermindern; hiebei sind Fleisch und nukleinreiche Nahrungsmittel nicht unbedingt zu vermeiden, da sie erst im Übermass genossen einen merklichen Einfluss auf die Harnsäureausscheidung äussern. Die Chinasäure scheint, nach neueren Untersuchungen, die Harnsäurebildung nicht oder nur unter ganz bestimmten Verhältnissen zu vermindern. 3. Die Zerstörung zu erhöhen; hiezu scheint nun eine allgemeine Anregung des Stoffwechsels durch Körperbewegung etc. im stande zu sein. 4. Die Ausscheidung zu vermehren. Die Mittel, welche, wie Salicylsäure, diese Eigenschaft haben, sind nur kurze Zeit wirksam und erfahrungsgemäss bei chronischer Gicht wirkungslos. Die Wirkung der Salicylsäure im akuten Anfall ist wohl mehr eine spezifische analgetische Gelenkwirkung. 5. Die Löslichkeit der Ablagerungen zu vermehren. Die physikalisch-chemische Untersuchung ergibt, dass dies nicht geschehen kann durch Mittel, welche leichtlösliche Salze bilden, wie Lithium, Piperazin, Lysidin etc., oder alkalische Mineralwässer. Die Wirksamkeit dieser Mittel ist teils unsicher, teils in ihrer Ursache unbekannt. 6. Die Zirkulation in den befallenen Teilen anzuregen. Hiedurch ist sowohl eine vermehrte Lösung, als eine Anregung der Phagocyten zu erreichen. Dieser Aufgabe entsprechen die physikalischen Heilmethoden: Bäder, Thermen, Heissluft, Massage etc., deren Erfolg bei chronischer Gicht allgemein anerkannt wird. 7. Ganz unbekannt ist die Wirkungsweise des Colchicums, des Jods und des Guajaks.

Digitized by Google

Die Therapie der Gicht ist nach Prof. Ebstein (Göttingen) folgende: Genügende Körperbewegung, Muskelübungen, Sorge für Darmentleerung (grosse Ölklysmen), Tonika (Eisen, Arsen, Levikowasser), Thermalbäder, Moor-, Schlammbäder, Regelung der Diät mit Beschränkung der Fleischquantität und Bevorzugung vegetarischer Kost unter Heranziehung des Pflanzeneiweiss (Aleuronat), Ausschluss des Alkohols, Gebrauch leichter alkalischer Wässer (Offenbacher Kaiser Friedrich-Quelle), Obstgenuss (Kirschen, Erdbeeren). Von den sogen. spezifischen Mitteln scheint noch Urotropin das Beste zu leisten; auch Piperazin hat sich nützlich erwiesen gegen die Schmerzen bei chronischer Gelenkgicht auf rheumatischer Basis. Für den Anfall empfiehlt sich Colchicum (Liqueur de Laville, Colchicin), auch Salicylsäure. Von grosser Bedeutung für die erfolgreiche Behandlung der Gicht ist noch die Bekämpfung aller der Krankheitsprozesse, welche bei den zur Gicht disponierten wirksame Gelegenheitsursachen zur Entwickelung gichtischer Affektionen bilden und dem Fortschreiten derselben Vorschub leisten: besonders rheumatische Affektionen und Syphilis; die letztere wird häufiger mit der Gicht gleichzeitig beobachtet und scheint bei den dazu Veranlagten den Ausbruch der Krankheit zu begünstigen.

Die Tatsache, dass durch Unmässigkeit im Essen und Trinken die Entwickelung der Gicht begünstigt wird, kann nach Dr. Marcuse (Mannheim) nicht in Abrede gestellt werden. Ganz besonders wichtig ist es für den Gichtkranken, Digestionsstörungen zu vermeiden, die häufig den akuten Anfall einleiten, und weiterhin auf eine leichte Verdaulichkeit und Reizlosigkeit der Speisen, sowie auf regelmässige Stuhlentleerung zu sehen. Dabei soll die Kost nahrhaft, den individuellen Bedürfnissen entsprechend und abwechselungsvoll sein, ohne die Grundprinzipien der Mässigkeit und einfachen Zubereitung zu verletzen. Unter dem Gesichtswinkel dieser Erfordernisse wird man dem Gichtkranken ca. 100—120 g Eiweiss, 80—100 g Fett und 250—300 g Kohlehydrate zuführen. Es entspricht dies ungefähr einem Verbrennungswerte von 2200—2600 Kalorien. Von den Eiweissubstanzen soll aber nur der kleinere Teil in Form von Fleisch (bezw. Fischen) zugeführt werden, unter Bevorzugung der extraktärmeren und leichter verdaulichen Fleischsorten. Die sehr nukleinreichen Organe mag man ausschliessen. Über 200—250 g Fleisch soll man nicht ohne besondere Veranlassung gewähren. Der Rest der Eiweissubstanzen kann als Pflanzeneiweiss (hauptsächlich im Brote) oder in Form von Eiern, Milch und Käse, in besonderen Fällen auch als Aleuronat, Eukasin, Nutrose u. dgl. zugeführt werden. Das Fett wird in Form von Milch ($^1/_2$—$^3/_4$ Liter), Rahm, frischer Butter, Schinken in und den nicht zu vernachlässigenden Fettgehalt der Fleischspeisen eingeführt. Speck und Öl sind da in mässigen Mengen zu empfehlen, wo sie gut vertragen werden. Die Kohlehydrate sollen zum grössten Teil in Form von Brot zugeführt werden, von welchen 200—300 g zu gestatten sind, dann als Suppeningredienzen, leichtem Gemüse, Kartoffeln (in Mengen von 50 bis 100 g), Obst, in geringen Mengen auch als Rohrzucker zum Süssen des Tees. Pikante Saucen, scharfe Gewürze, schwer verdauliche Nahrungsmittel sind zu verbieten. Von Getränken sind nur Mineralwässer (1—$1^1/_2$ Liter pro Tag), leichter Tee und im Notfalle Mischungen von leichtem Tischwein mit Wasser zu empfehlen. Die Zahl der Mahlzeiten soll keine zu grosse sein. In den meisten Fällen genügen drei Mahlzeiten im Laufe des Tages. Zweckmässig ist es, das Frühstück etwas nahrhafter zu gestalten, damit der Patient beim Mittagessen etwas weniger Hunger hat und leichter eine Überladung des Magens vermeiden kann. Auch empfiehlt es sich, abends eine etwas reichlichere Flüssigkeitsmenge zuzuführen, um eine bessere Ausschwemmung der im Laufe des Tages angehäuften Stoffwechselprodukte zu erreichen.

Prof. de Renzi (Neapel) macht bezüglich der Ernährung bei Arthritikern auf zwei Tatsachen aufmerksam: vor allem auf den befriedigenden Zustand der Ernährung und des Körpergewichtes bei Arthritikern mit spärlicher oder selbst sehr unzureichender Nahrung und in zweiter Linie auf die günstige Wirkung grüner

Digitized by Google

Vegetabilien bei Arthritikern, wiewohl diese nur sehr langsam die dem menschlichen Körper nötige Quantität von Kalorien liefern.

An Prof. v. Leydens Klinik in Berlin stellten Dr. Huber und Dr. Lichtenstein Untersuchungen mit Chinasäure bei der Gicht an. Um die Wirkung der reinen Chinasäure sicherer beurteilen zu können, benutzten sie Chinasäureanhydrit, das unter dem Namen Neu-Sidonal von den Vereinigten chemischen Werken zu Charlottenburg in den Handel gebracht wird. Das Mittel wurde in fünf Fällen von Gicht in Tagesdosen von 10,0 angewendet, durchweg mit recht gutem Erfolg, indem die Schmerzen bedeutend gemildert wurden oder schnell ganz verschwanden. Die Patienten erhielten die gewöhnliche Charitékost mit Fleisch. Untersuchungen von vier Patienten haben ergeben, dass die Chinasäure unbedingt eine die Harnsäureausscheidung verringernde Wirkung hat.

Dr. Frieser (Wien) hat in fünf Fällen von Gicht mit dem Urol (Chinasäure + Harnstoff) gute Erfolge gehabt. Das Mittel wird zu 3—5 g pro die gut vertragen und ist Friesers Erfahrungen nach auch in solchen Fällen eines Versuches wert, wo die anderen Gichtmittel versagt haben.

Dr. Meisels (Budapest) machte vergleichende Untersuchungen mit den in letzter Zeit empfohlenen uratlösenden Mitteln, wie Piperidinum tartaricum, hydrochloricum, Lysidin, Urotropin, Lycetol, ferner mit dem Acidum chinicum und Sidonal und dem von ihm näher studierten Piperazin. Er resumiert in folgendem: 1. Das Urotropin in Dosen von 1—1,5 g pro die hat keine besondere harnsäurelösende Eigenschaft und ist gleichwertig mit dem destillierten Wasser, welches bei 39° C. bis 26% Harnsäure zu lösen im stande ist; umsomehr wirkt es auf den Harn zufolge seines freiwerdenden Formaldehyds als baktericides Mittel. 2. Piperidinum tartar. und hydrochlor. lösen bis 24%, resp. 28% Harnsäure. 3. Das Lysidin ist ein starkes harnsäurelösendes Mittel, und während 4. das Sidonal von der Harnsäure bis 33 : 35% zu lösen im stande ist, 5. löst das Piperazin die Harnsäure am intensivsten, bis zu 71,5%.

Die Vereinigten Chininfabriken Zimmer & Co. in Frankfurt a. M. setzen dem Lippspringer alkalischen Kalkstahlsäuerling 4‰ Urosin zu und haben ihn so als „Lippspringer Gichtwasser" in den Handel gebracht. Dr. Rohden empfiehlt das neue Mittel, das gern genommen und gut vertragen wird. Der Preis ist mässig.

Wie Dr. Leroux ausführt, bewirkt die Überernährung, die oft angeordnet wird, um die Kinder, insbesondere der Reichen, zu stärken, bei ihnen oft Arthritismus, Gicht und ihre multiplen Symptome. Man soll deshalb bei Kindern aus arthritischen Familien die Fleischnahrung restringieren und die vegetabilische und Milchdiät anraten. Nach der Stillungsperiode soll man mit der Fleischnahrung womöglich spät anfangen und dann auch nur successive. Am besten soll man diese nur einmal im Tage, und zwar zum Frühstück erlauben. Ausserdem ist die sonstige antiarthritische Behandlung einzuleiten: Mineralische Wässer (Vichy), Massage, Bewegung, Laxantia. Bei dieser Therapie heilen die Affektionen; die Kranken werden aber leicht rückfällig, wenn sie die Vorschriften nachher vernachlässigen.

Dr. Soukow über den Einfluss der Alkalien auf die Ausscheidung der Harnsäure und über die Zersetzung der letzteren im Organismus auf dem russischen Ärztekongresse zu Moskau (Russk. Wratsch. Nr. 8. — Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 6. Bd. 7. H.). — Pathogenese und Therapie der Gicht im Lichte der neueren Forschungen von Prof. Strauss (Würzb. Abh. 2. Bd. 8. H.). — Prof. His über die Rolle der Harnsäure in der Pathologie und Therapie der Gicht in der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden (Münch. med. Wochenschr. Nr. 15). — Gicht von Prof. Ebstein (Deutsche Klinik. 25. u. 26. H. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 19). — Kurzer Abriss über die verschiedenen Ernährungsbehandlungen bei einigen der wichtigsten chronischen Erkrankungen von Dr. Marcuse (Baln. Zentral-Ztg. Nr. 31). — Die Ernährung bei Arthritikern von Prof. de Renzi (Klin. ther. Wochenschr. Nr. 9). — Über Gicht und ihre Behandlung mit Chinasäure v. DDr. Huber und Lichtenstein (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 28). — Einiges zur Behandlung der Gicht und harnsauren Diathese von Dr. Frieser (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 48). — Experimentelle Beiträge über den Wert der neueren uratlösenden Mittel von Dr. Meisels (Pester med.-chir. Presse. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 9. Heft). — Urosin-Kalk Stahlbrunnen von Dr. Rohden (Allg. internat. med. Rundschau Nr. 4. — Schm. Jahrb. 275. Bd. 7. H.). — Gefahren der Überernährung mit Fleisch für Kinder mit arthritischer Anlage von Dr. Leroux (Bull. mid. Nr. 36. — Med. Blätter Nr. 28).

Digitized by Google

Glaukom. Auf Grund einer kritischen Sichtung einer grossen Glaukomstatistik gelangt Prof. Haab (Zürich) zu folgenden Schlüssen: 1. Der Glaukompatient soll immer unter ärztlicher Kontrolle stehen. 2. Die Iridektomie ist die zur Zeit wirksamste Operation; beim akuten und subakuten Glaukom ist sie von vornherein die richtigste Operation, bei sehr flacher Vorderkammer kann die vorher ausgeführte Sklerotomie nützlich sein. 3. Je mehr der chronische Charakter sich ausprägt desto mehr muss man der Iridektomie die Sklerotomie, eventuell mehrfach ausgeführt, und die Behandlung mit Mioticis nachfolgen lassen. 4. Beim Glaucoma simplex ist die Iridektomie ebenfalls anzustreben. Je früher das Erkrankungsstadium, desto besser, im späteren Stadium ist wiederholte Sklerotomie vorzuziehen. 5. Immer ist beim chronisch entzündlichen Glaukom und beim Glaucoma simplex der jahrelange Fortgebrauch von Pilokarpineinträufelungen energisch zu empfehlen. 6. Je akuter das Glaukom auftritt umso eher darf man hoffen, durch die blosse Iridektomie das Leiden bleibend zu heilen. 7. Bezüglich des Dauererfolges gestaltet sich die Prognose wie folgt: beim akut entzündlichen Glaukom 77%, beim Glaucoma simplex 71%, bei chronisch entzündlichen Glaukom 56%, beim hämorrhagischen Glaukom 50%, bei blosser Miotikabehandlung der Glaukomformen 40% relative und gute Heilung.

Dr. Mendel (Berlin) berichtet über 258 Fälle von Glaukom, die an Prof. Hirschbergs Augenklinik in den letzten Jahren zur Beobachtung kamen. An 15 Patienten wurde keine Operation vorgenommen; neun von denselben wurden einer Eserinbehandlung unterzogen; die übrigen sechs mussten äusserer Umstände halber anderen Anstalten überwiesen werden. Die Physostigmineinträufelung wurde an acht Augen mit gutem Erfolge angewandt, so dass man von der Operation Abstand nehmen konnte. Der Physostigminerfolg zeigte sich viermal bei akutem Glaukom, zweimal bei einfachem Glaukom, einmal bei sekundärer Drucksteigerung und einmal bei chronisch entzündlichem Gaukom. Die Operationen, die in Betracht kamen, waren die Iridektomie, Sklerotomie und bei den Patienten, bei denen das erblindete und entartete Auge von unerträglichen Schmerzen heimgesucht wurde, die Enukleation. Ein Überblick über die erzielten Resultate lehrt, dass die Iridektomie beim akuten und chronisch entzündlichen Glaukom die besten Erfolge liefert (82.2% und 71,1%), dass sie aber auch bei einfacher Drucksteigerung in der Mehrzahl der Fälle das noch vorhandene Sehvermögen erhält, in einzelnen sogar eine Besserung herbeiführt.

Dr. Rohmer hat in 17 Fällen der verschiedenen Glaukomformen die Entfernung des sympathischen Ganglion cervicale superius ausgeführt. Auf Grund seiner Ergebnisse und der 74 von Bichat zusammengestellten Beobachtungen setzt Autor grosse Hoffnungen auf das Verfahren. Er rechnet heraus ca. 70% Besserung, 25% vorübergehende Erfolge, 5% Verschlechterung. Kein Misserfolg wurde beobachtet beim hämorrhagischen Glaukom, 85% Besserung bei Glaucoma simplex, 66% bei Glaucoma chronicum inflammatorium, kongenitalem Hydrophthalums und infantilem Glaukom ca. 50% Besserung bei akutem und subakutem Glaukom.

Prof. Hoor (Klausenburg) machte die Resektion des Ganglion cervicale superius bei einem 64jährigen Kranken wegen Glaukom, wodurch am linken Auge eine Besserung erzielt wurde, welche über drei Monate nach der Operation unverändert anhielt. Trotz Besserung der zentralen Sehschärfe schränkte sich das Gesichtsfeld noch mehr ein. Rechts blieb das sehr stark geschwächte Sehvermögen unverändert. Die Resektion des Sympathikus hatte eine Verengerung der Pupillen und eine Verminderung des intraokulären Druckes zur Folge, Erscheinungen, welche noch andauern. Eine am linken Auge früher vorgenommene Sklerotomie erzielte eine ganz ähnliche Besserung.

Das Glaukom und seine Behandlung von Prof. Haab (Samml. zwangl. Abh. 4. Bd. 6. u. 7. H.). — Zur Prognose der Glaukomoperation von Dr. Mendel (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 3). — Einige Bemerkungen zur Sympathektomie bei Glaukom von Dr. Rohmer (Ann. d'Oculist. 127. Bd. 5. H. — Schm. Jahrb. 275. Bd. 8. H.). — Beiträge zum

Digitized by Google

Wert der Sympathikusresektion gegen Glaukom von Prof. Hoor (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 36).

Glykosal. Glykosal ist ein nach E. Merks Jahresberichte Mono-Salicylsäure-Glycerinester, welches die antiseptischen und antirheumatischen Eigenschaften der Salicylsäure besitzt, vor diesem aber den Vorzug hat, den Magen weit weniger zu belästigen und nur selten Ohrensausen hervorzurufen. Das Präparat kann in Form einer 20%igen alkoholischen Lösung bei akutem Gelenkrheumatismus lokal eingepinselt werden. Innerlich genommen, wirkt das Glykosal, in grossen Dosen von 10,0—12,0 g täglich verabreicht, auf dieselbe Art, wie bei der perkutanen, epidermalen Anwendung. Auch per rectum kann das Mittel angewendet werden. Die Einpinselung und Rektaleinführung erfüllen bei Gelenksaffektionen vollkommen ihren Zweck und können in den nicht seltenen Fällen, in welchen die interne Einführung von Natriumsalicylat untunlich ist, gute Dienste leisten. Besonders wohltätig wird die Wirkung der äusseren Applikation von Glykosal bei Gonitis serosa geschildert, ebenso lässt sich bei Cystitis eine deutliche Desinfektionswirkung des Glykosals konstatieren. Man kann das Glykosal nach folgenden Formeln verordnen:

Rp.: Glycosali 0,5
Dtr. tal. dos. Nr. XX ad chartas amylaceas.
S. ½—1—2—3stündlich ein Pulver zu nehmen und natürliches oder künstliches Mineralwasser nachzutrinken, bis Schweissausbruch erfolgt.

Rp.: Glycosali 30,0
Alcoholi puri 120,0
D. S. Äusserlich auf die Gelenke aufzupinseln.

Rp.: Glycosali 4—6—10,0
Mucilaginis gummi arabici
Aq. destill. aa 100,0
Tinct. opii simpl.
gtts. V—X—XX
M. D. S. Gut umgeschüttelt für zwei Klystiere zu verwenden.

Über Glykosal (E. Mercks Jahresber. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 11. H.).

Gonorrhöe. Die Untersuchung von Ehestandskandidaten auf vorangegangene Gonorrhöe führt Dr. Ledermann (Berlin) folgendermassen aus: Er lässt den zu Untersuchenden am besten des Morgens mit lange angehaltenem Urin zu sich kommen, nachdem er ihm aufgegeben hat, am abend vorher durch vermehrten Alkoholgenuss (nicht Bier oder Wein, besser Kognak) die Harnröhre zu reizen. Dann versucht er ein wenig Schleim aus der Urethra zu exprimieren, hierauf wird die Pars anterior mit Borsäurelösung so lange ausgespritzt, bis die eingespritzte Flüssigkeit klar abläuft. Die in der Spülflüssigkeit enthaltenen Fäden werden, wie der exprimierte Schleim, mikroskopisch auf Gonokokken untersucht. Er lässt nun in zwei Portionen urinieren und zieht dann bei Trübung die bekannten Schlüsse, ob eine Urethritis posterior, Cystitis oder Pyelitis vorliegt. Natürlich werden die Sedimente gleichfalls mikroskopisch untersucht. Daran schliesst sich eine Digitalpalpation des Mastdarms, um sich über den Zustand der Prostata und die Samenbläschen zu orientieren, und es wird dabei versucht, etwas Prostatasekret zu exprimieren, um auch dieses mikroskopisch zu untersuchen. Die Besichtigung von para- und periurethralen Gängen ist nicht zu unterlassen. Den Schluss bildet die Untersuchung der Harnröhre mit der Knopfsonde, um Infiltrate und ihre Residuen festzustellen. Die von Neisser empfohlene provokatorische Reizung mittelst einer oder mehrerer Durchspülungen der Harnröhre mit ¼‰ Argentumlösung, um gewissermassen die chronische Entzündung in eine akute zu verwandeln und die in ihren Schlupfwinkeln verborgenen Gonokokken auf diese Weise ans Tageslicht zu fördern, kann in geeigneten Fällen recht zweckmässig sein. Zur Unterscheidung der Gonokokken von anderen Kokken empfiehlt er das Gramsche Verfahren mit Nachfärbung mittelst Bismarckbraun; dann sieht man die Gonokokken braun, die anderen Kokken blau. Sind letztere allein und in grosser Menge vorhanden, so sind sie am besten durch Sublimatspülungen (1 : 20,000—30,000) zu beseitigen. Hat man bei mehrmals wiederholten Untersuchungen keine Gonokokken ge-

Digitized by Google

funden, dann kann dem Ehestandskandidaten von ärztlicher Seite das Eingehen einer Ehe nicht verweigert werden.

Bezüglich des zu erteilenden Ehekonsenses unterscheidet Prof. Lesser (Berlin) zwei Gruppen von Tripperkranken: solche, die noch nicht verlobt sind und solche, die schon ein Verlöbnis eingegangen haben. So lange Gonokokken im Urethralkanal nachweisbar sind, ist der Ehekonsens zu verweigern. Sind keine Gonokokken nachweisbar, sind die Fäden nur spärlich und von einzelnen Leukocyten und Epithelien gebildet und fällt die mehrmalige Untersuchung immer in diesem Sinne aus und ist anamnestisch die Zeit der Ansteckung auf Jahre hinaus nach rückwärts zu datieren, dann kann der Ehekonsens gegeben werden. Schwierig gestaltet sich die Aufgabe des Arztes bei einer Gruppe von Kranken, die Fäden, verklebte Öffnung und häufige Verschlimmerungen nachweisen lassen, besonders wenn die Fäden viele Leukocyten gewahren lassen. Hier muss mit allen Mitteln auf die klare Erkennung des Übels hingearbeitet werden: Endoskopie, Gonokokkenuntersuchung (Färbung und Züchtung), Irritation der Harnröhre und Prostatauntersuchung. Der Konsens ist nur nach längerer Behandlungs- und Beobachtungszeit zu gewähren, wenn Gonokokken zweifellos ausgeschlossen sind. Die Schwierigkeiten sind in solchen Fällen sehr gross, doch darf der Arzt sich nicht drängen lassen. Tritt ein Verlobter mit nachweisbaren Gonokokken in der Urethra vor den Arzt, so ist die Ehe kategorisch zu verbieten, ehe die Gonorrhöe nicht geheilt ist. Und auch in diesem Falle lasse sich der Arzt Zeit genug und mache keinen bestimmten Termin. Wird die Gonorrhöe in der Ehe acquiriert, so ist die Schwierigkeit um so grösser und die Aufgabe des Arztes eine noch verantwortungsvollere.

Bei Urethritis anterior ist nach Dr. Wolbarst (New-York) das Protargol in ½—1%iger Lösung das am meisten wirksame Mittel. Die Vorzüge dieser Behandlungsmethode den älteren Methoden gegenüber sind: Fehlen von Schmerzen oder sonstigen Unbequemlichkeiten, kurze Dauer des profusen Ausflusses, verhältnismässig kürzere Krankheitsdauer, geringere Gefahr eventueller Komplikationen, frühzeitiges Verschwinden der Gonokokken. Die Nachteile der Behandlung sind: Das frühzeitige Aufhören des Ausflusses verleitet die Kranken, die Behandlung abzubrechen, bevor die Krankheit ganz geheilt ist; aus diesem Grunde sind Rezidive möglich. Das Fehlen von Schmerzen und Unannehmlichkeiten setzt in den Augen des Patienten die Wichtigkeit der Erkrankung herab. Bei Anwendung zu starker Lösungen kann es zur Entwickelung einer Urethritis posterior mit den üblichen Komplikationen kommen. Dies ist aber die einzige Gefahr, mit der man bei der Behandlung mit Protargol zu rechnen hätte.

Dr. Scholtz beschreibt die Gonorrhöebehandlung, wie sie an der Universitätsklinik zu Breslau geübt wird. Bei akuter Genorrhöe lässt Autor, nachdem er die allgemein hygienisch-diätetischen Vorschriften gegeben hat, sofort Einspritzungen machen, und zwar in den ersten Tagen drei- bis viermal täglich 5—10 Minuten, um dann auf 5—6 Injektionen von 10 Minuten Dauer zu steigen. Die Injektion am Abend und Morgen lässt er prolongiert anwenden, d. h. er dehnt die Dauer derselben auf 15—20—30 Minuten aus. Als Injektionsflüssigkeit benutzt Scholtz Protargol, beginnt mit ¼% (am besten mit 5—10% Glycerinzusatz), steigt allmählich, bis er am Ende der zweiten Woche eine 1% Lösung erreicht hat. Bei stärkeren Entzündungserscheinungen setzt er 1% Eukain zu der Lösung hinzu. Nach einer Woche sind die Gonokokken verschwunden, nach drei Wochen ist nur noch morgens ein Tropfen Eiter vorhanden. In der vierten Woche ist das Sekret mehr schleimig; jetzt wird in der Dauer und Intensität der Injektionen nachgelassen, und falls der Zustand ein guter, dieselben in der fünften Woche ausgesetzt und das Sekret auf Gonokokken untersucht. Falls keine Gonokokken gefunden werden, lässt Verfasser den Patienten noch einige reizende provokatorische Einspritzungen machen (Argentum nitricum, Argentamin oder Hydrargyrum oxycyanatum 1 : 3000 bis 4000), um eventuell in der Tiefe der Schleimhaut sitzende

Digitized by Google

Gonokokken an die Oberfläche zu schaffen. Falls der Gonokokkennachweis dann auch negativ ist, betrachtet Verfasser die Heilung als sicher und sucht die noch restierenden katarrhalischen Erscheinungen durch Injektionen von reinen Adstringentien oder Schüttelmixtur von Bismut. subnitr. (3 %) in Wasser oder Argentumlösung 1:8000—6000 mit 10—20 % Glycerin zu beseitigen. Von der Anwendung der inneren Mittel hält Verfasser nicht viel und macht nur in den Fällen, wo die Heftigkeit der Entzündung jeden lokalen Eingriff verbietet, von ihnen Gebrauch. Hat sich der gonorrhoische Prozess auf die Pars posterior verbreitet, dann geht der Verfasser zur lokalen Behandlung derselben über. Zur Stellung einer exakten Diagnose hält er bei frischen Fällen die Zweigläserprobe für ausreichend, bei älteren dagegen ist er der Ansicht, dass die Sekretmenge häufig nicht mehr so reichlich ist, dass sie in die Blase zurückfliesst und dadurch eine Trübung der zweiten Urinportion bedingt. In diesen Fällen nimmt er zunächst eine Ausspülung des vorderen Harnröhrenabschnittes mit warmem Wasser mittelst eines bis in den Bulbus eingeführten Nélatonkatheters vor, die Flocken, die sich dann im Urin befinden, sind auf eine Erkrankung der Pars posterior zu beziehen. Verfasser instilliert mit dem Guyonschen Apparat nicht tropfenweise, sondern langsam 5—8 ccm einer Argentumlösung (1/4 % allmählich steigend bis 1 %), selten geht er zu Ausspülungen der Pars posterior nach Diday (Arg. nitr. 1 : 2000—1000), oder noch seltener nach Janet (Arg. nitr. 1:6000 — 3000) über. Bei der chronischen Gonorrhöe der Pars anterior und posterior ist sein Verfahren dasselbe, nur sah er sich in manchen Fällen bei der posterior gezwungen, statt des Protargol stärker reizende Mittel wie Argentum nitricum, Argentamin, Hydrargyrum oxycyanatum längere Zeit oder nur vorübergehend einige Tage anzuwenden. Bei etwa eintretenden Komplikationen der Gonorrhoea posterior, wie Prostatitis und Epididymitis, hält sich Verfasser an die üblichen Behandlungsmethoden.

Dr. Blaschko (Berlin) spricht der Abortivbehandlung der Gonorrhöe das Wort. Letztere darf nicht älter als drei Tage, das Sekret noch nicht reichlich sein. Blaschko nahm zuerst eine Injektion von 2 % $AgNO_3$ (10 bis 12 ccm eine Minute lang) vor, daran schloss sich eine Nachspülung mit Wasser, in den nächsten Tagen Injektionen mit 2 % Höllenstein; in 4—5 Tagen hört die Sekretion auf, wenn die Kur von Erfolg ist; seit vier Jahren zieht Blaschko die weniger reizend wirkenden Silbereiweisspräparate vor, z. B. vom Protargol 4 %, Albargin 1—2 % zur ersten Injektion, ohne nachzuspülen. Später Injektion schwächerer Lösungen. Die Abortivbehandlung gelang in der Hälfte der Fälle. Die Janetsche Spülung ist hier nicht angebracht, da der hohe Druck schädlich ist und eine Bespülung der hinteren Harnröhre und der Blase zu vermeiden ist.

Dr. Kronfeld (Wien) ist ein Anhänger der Irrigationsbehandlung der Gonorrhöe und hat sich hierfür einen eigenen Apparat konstruiert. Nur im Stadium der ersten lebhaften entzündlichen Erscheinungen ist die Irrigation kontraindiziert. Er nimmt die Ausspülung jeden zweiten Tag mit 2—3 Liter einer 1/2—3 % Ichthyollösung vor und legt Wert darauf, die Temperatur der Lösung bald auf 40—45° C. zu steigern. In einem Fall, wo eine mehrstündige Irrigation durchgeführt wurde, konnte er die Heilung in 14 Tagen erzielen. Durch eine Dauerirregation liesse sich nach der Überzeugung des Verfassers vielleicht eine wirkliche Abortivbehandlung der Gonorrhöe erreichen, an die er bisher nicht geglaubt hat.

Dr. Spitzer (Wien) tritt für die Janetsche Methode ein. Er verwendet Kalium hypermanganicum 1—3 : 5000 Wasser. Die Spülungen müssen möglichst früh begonnen werden und wird der erzielbare Effekt mit 12 bis 15 Spülungen im allgemeinen erreicht. Die Spülung liess Verfasser im Sitzen ausführen. Bei Periurethritis ist die Spülung kontraindiziert. Bei Urethritis anterior wird meist nach wenigen Spülungen die Urethra fast vollständig trocken. Tritt bei Urethritis post. Blut in Sekret auf, so ist nach den Erfahrungen von Spitzer die Irrigation zu unterlassen. Eine vorhandene Epididymitis stellt keine absolute Kontraindi-

Digitized by Google

kation dar, ebensowenig eine Prostatitis ausser bei sehr heftigen akuten Erscheinungen. Für die Behandlung der Cystitis gebührt der Janetschen Irrigation ein gleichberechtigter Platz neben den anderen Methoden. Ihr Hauptfeld ist aber die frische Urethritis anterior.

Um die bei den Janetschen Spülungen für den Arzt vorhandene Unbequemlichkeit zu vermeiden, dass er oft sehr lange das Ansatzstück des Irrigatorschlauches auf die Eichel der zu behandelnden Urethra aufgedrückt halten muss, hat Dr. Lohnstein (Berlin) einen kleinen Hilfsapparat erfunden, der diesem Übel abhilft und den Vorteil hat, dass mit Hilfe desselben die Spülungen dem Patienten selbst überlassen werden können.

Die Schmerzhaftigkeit der Argentum nitricum-Anwendung und die Überzeugung, dass im Höllenstein nicht das Silber, sondern die Salpetersäure der wirksame Bestandteil sei, haben Dr. Porosz (Budapest) veranlasst, die letztere selbst zu verwenden und er hat damit in drei Jahren gute Erfolge erzielt. Das Acid. nitric. concentr. (nach ungarischer Pharmakopoe 50 %) gebraucht er in wässrigen Lösungen von 1 : 400 bis 1 : 200, im allgemeinen nach den Prinzipien der Argent. nitric.-Behandlung. Ausnahmsweise konnte die Konzentration bis auf 2 % gesteigert werden, um eine Art Abortivverlauf zu erzielen. Verfasser zieht die Salpetersäure behandlung wegen der geringen Schmerzhaftigkeit und des kürzeren Heilverlaufes vor.

Dr. Tóth (Budapest) stellte Versuche mit Albargin, einer Gelatine-Silberverbindung, bei Gonorrhöe an. Er verwendete bei 65 Tripperkranken das Mittel, indem er vormittags mit einer 0,1—0,2 %-igen Lösung eine totale Harnröhrenwaschung nach Janet vornahm, während nachmittag die Kranken selbst eine 0,2 bis 0,5 %ige Lösung sich injizierten. Die Ergebnisse dieser Behandlungsmethode sind folgende: 1. Die Injektion einer 0,1—0,5 %igen Lösung in die entzündete Harnröhre bringt kaum eine Reizung hervor; 2. in kurzer Zeit wird der Ausfluss und die Zahl der Gonokokken verringert. Gute Erfolge sah er bei akuter und subakuter Gonorrhöe, während bei chronischer Blenorrhöe stärkere, reizende Mittel bessere Erfolge erwarten lassen. Der Nachteil des Albargin besteht darin, dass es gegenüber dem Kalium hypermanganicum weniger antiseptisch wirkt. Autor zählt wohl das Albargin zu den besten der in den letzten Jahren dargestellten Silber-Eiweiss-Präparaten, doch ist auch dieses kein Spezifikum der Blenorrhöe.

Dr. Goldberg (Wildungen) hebt folgende Eigenschaften des Ichthargans, eines aus Argentum und Ichthyolderivaten gewonnenen Körpers hervor: Es beseitigt die Reizerscheinungen, beseitigt die Gonokokken, beseitigt terminale aseptische Katarrhe und beseitigt sekundäre Infektionen. Er wandte eine Lösung von 1 : 3000—2000 an.

Das Chinolinwismuthrodanat, das wegen der bei Ulcus cruris erzielten guten Resultate von Joseph Crurin genannt wurde, erwies sich, wie Prof. Jacobi (Freiburg i. B.) mitteilt, als ein hervorragendes Antigonorrhoikum, indem es die gonokokkentötende Wirkung mit der adstringierenden verbindet. Es verursacht in der zur Injektion nötigen ½—1 %igen Lösung keinerlei Reizerscheinungen oder Schmerzen und scheint den Verlauf der Gonorrhöe wesentlich abzukürzen und zu mildern.

Dr. Benario (Frankfurt a. M.) empfiehlt zur Behandlung der Gonorrhöe 1—3—5 %ige Protargolgelatine, welche mittelst eines von ihm zusammengestellten kleinen Apparates, „Urosanol“ genannt, appliziert wird. In Glasröhrchen ist Protargolgelatine eingefüllt, die durch ein Korkplättchen nach oben luftdicht abgeschlossen ist; durch Druck eines graduierten Holzstempels auf dieses Plättchen wird durch die auf das untere Ende des Röhrchens aufgesetzte Gummiolive oder durch einen kleinen weichen Katheter die Protargolgelatine in die Urethra gebracht. Der Inhalt eines Röhrchens ist für einen Tag berechnet, der Stempel für vier Injektionen pro die markiert. Der Katheter ist ca. 8 cm lang, Filière Nr. 13 und ist, wenn ausser Gebrauch, im Innern des hohlgebohrten Stempels in einer antiseptischen, starren Lösung untergebracht. Die Vorteile des kleinen Apparates „Uro-

Digitized by Google

sanol" gegenüber den früheren Methoden bestehen zunächst in seiner handlichen und bequemen Anwendungsweise, da die Arzneiflaschen, Spritze etc. wegfallen, und da der Karton leicht in der Tasche mitgetragen werden kann. Die Injektion selbst ist sowohl bei Anwendung der Olive, als auch des Katheters leicht auszuführen. Die Herstellung der Protargolgelatine geschieht lege artis, was bei den aus der Apotheke bezogenen wässerigen Protargollösungen nicht immer der Fall ist.

Dr. Saalfeld (Berlin) hat ein Instrument, die „Kathetersonde" anfertigen lassen, welches gleichzeitig die Dilatation von Strikturen und die Einbringung von Instillationsflüssigkeiten in die Harnröhre gestattet. Ferner verweist Verfasser nochmals auf das von ihm angegebene Spiralbougie, das besonders dazu geeignet ist, dem Patienten in die Hand gegeben zu werden.

Bei der Epididymitis gonorrhoica geht Dr. Le Clerc folgendermassen vor: Für das Anfangsstadium verwendet er einen Wattekompressionsverband oder auch feuchte Umschläge mit sterilisierter physiologischer Kochsalzlösung. Die Anwendung von Eis verwirft Verfasser, da sie leicht zu Infiltraten im Hoden führt. Gegen die Schmerzen verwendet man mit Vorteil salicylsaures Methyl (1 : 2 Olivenöl) oder auch Guajakolpräparate (1 : 2 Glycerin). Sobald die heftigen Schmerzen vorüber sind, schreibt man dem Kranken drei oder vier Sitzbäder pro Tag von 15—20 Minuten Dauer vor unter Verwendung möglichst heissen Wassers; 40—45° werden im Verlauf des Bades gut vertragen. Diese Heisswasseranwendung sichert am ehesten die Restitutio ad integrum. Sobald sich die Empfindlichkeit des kranken Organes soweit vermindert hat, dass eine leichte Massage möglich ist, verordnet man auflösend wirkende Salben, zweimal täglich nach dem Bade. Sehr wirksam ist:

Tinct. jod.	1,0
Kal. jodat.	2,0
Vaselin	20,0.

Gleichzeitig gibt man innerlich täglich 1 g Jodkali. Auch wenn die Epididymitis bereits einen subakuten oder chronischen Charakter angenommen hat, erweist sich diese Behandlungsart noch als recht wirksam. Günstiger sind natürlich die Aussichten, wenn man es gar nicht erst soweit kommen lässt. Mancher Fall von Impotentia generandi würde sich nach Autor vermeiden lassen, wenn diesen therapeutischen Gesichtspunkten etwas mehr Rechnung getragen würde.

Gegen Dysuria gonorrhoica wird von Dr. Gerber folgende Verordnungsweise empfohlen:

Rp. Natrii salicylici	10,0
Extr. Belladonnae	0,3
Aq. destillatae	195,0
Tinct. Aurantii	5,0

M. D. S. Zwei- bis dreistündlich ein Esslöffel zu nehmen.

Auf Grund seiner Erfahrungen behauptet Prof. Marschalko (Kolozsvár), dass die Gonorrhöe der Prostituierten heilbar ist. An seiner Klinik wird wie folgt vorgegangen: Die Urethritiden werden mit zweimal täglich vorgenommenen Einspritzungen von 1%igen Argentamin-, 1—2%igen Lapis- oder 1—5%igen Protargollösungen behandelt und heilen durchschnittlich nach ca. vier Wochen vollständig aus, in derselben Zeit etwa im Durchschnitt die Bartholinitiden, bei denen Verfasser in letzter Zeit öfters einige Tropfen einer 5—10%igen Lapislösung in den Ausführungsgang injizieren liess. Bei den Uteringonorrhöen machte er von intrauterinen Injektionen Anwendung, indem mit einer 2 ccm fassenden Braunschen Spritze zweimal wöchentlich von einer 10%igen Argentamin-, 5—10%igen Protargol- oder 5%igen Lösung von Natrium lygosinatum je 1 ccm in die Uterinhöhle und in den Cervikalkanal gespritzt wurde. Die Gonokokken verschwanden nach ca. elf Injektionen. Trotz dieser Ergebnisse ist Verfasser der Ansicht, dass der Hauptwert in praxi nicht auf die Kontrolle der Prostituierten, sondern auf die persönliche Prophylaxe und die Aufklärung des Publikums zu legen ist. Für die Gonorrhöe hält er prophylaktisch für das geeignetste die Instillation von 10%igem Protargolglycerin in die Harnröhre und empfiehlt er dafür den von ihm konstruierten kleinen Pfropfapparat „Phallokos".

Digitized by Google

Die nach Gonorrhöe auftretende Pyelitis und Pyelonephritis bespricht Dr. Marcuse auf Grund seiner an Dr. Caspers Klinik (Berlin) gemachten Erfahrungen. Autor weist darauf hin, dass die gonorrhoische Pyelitis bisweilen auch ohne direkte Behandlung des Nierenbeckens und der Nieren heilen kann; ja selbst bei Tumorbildung des pyonephritischen Sackes kann bei einfacher Behandlung des Blasenkatarrhs die Pyelitis heilen. Man soll also, wenn auch hohes dauerndes Fieber, Nierenabscesse darauf hinleiten, oder die Beschwerden sehr stark werden, einstweilen von der Lokalbehandlung absehen. Diese selbst besteht nur in einer Spülbehandlung des Nierenbeckens mittelst des Ureterenkatheters meist in mehrtägigen Zwischenräumen (zuletzt in siebentägigen Intervallen) und werden Ausspülungen mit Argent. nitricumlösung 1:1000 (abwechselnd mit Blasenspülungen) ausgeführt. Im ersten Fall liess Casper den Ureterenkatheter mehrere Tage liegen, was er jetzt nicht mehr tut. In bezug auf die Prophylaxe der Pyelitis bei Gonorrhöe empfiehlt der Autor, bei akuter Gonorrhöe forcierte Behandlungsmethoden, besonders solche, welche höhere Abschnitte des Harntraktus gefährden, zu meiden. Bei cystitischen Reizerscheinungen empfiehlt Marcuse Narkotika und hält Balsamika wegen ihrer die Nieren schädigenden Wirkung für nicht vorteilhaft. Wenn Symptome auf Mitbeteiligung der Nieren hinweisen, soll die Diurese durch reichliche Zufuhr unschädlicher Flüssigkeit angeregt werden. Da die sekundäre Infektion für die Entstehung der Pyelitis von grosser Bedeutung ist, so soll bei allen therapeutischen Manipulationen streng auf Asepsis geachtet werden.

Dr. Markheim veröffentlicht einen Bericht über 52 Fälle von Arthritis gonorrhoica aus der Prof. Eichhorstschen Klinik in Zürich. Nach Autor ist die Monarthritis blenorrhoica nicht als Regel anzusehen; 13 Fälle waren Monarthritiden, in zehn Fällen waren bis zu acht Gelenken befallen, die rechtsseitigen häufiger. Die Tatsache, dass nach Gonorrhöe nur in einzelnen Fällen Gelenkerkrankungen auftreten, scheint in einer spezifischen Virulenz der Gonokokken, vielleicht auch in einer erworbenen, individuellen Disposition begründet. Komplikationen traten selten auf, viermal Endokarditis, die einmal letal endete. Neben Bettruhe und Diät wurde die Urethritis mit einer Lösung von Lineum sulf. 0,5 : 200,0 + 3,0 Jodoform behandelt, der Cervikalkatarrh mit 1 %oiger Sublimatlösung bezw. Alaunjodoformtampons. Das erkrankte Glied wurde im akuten Stadium hochgelagert, mit Eisblase, hydropathischen Umschlägen, später Ichthyolsalbe, Massage, lokalen Heissluft- und Sandbädern behandelt, innerlich mit Erfolg Salol gegeben, in vier Fällen die Biersche Stauung angewendet, Punktion und chirurgische Eingriffe möglichst vermieden. 13 Patienten wurden völlig geheilt, fünf hatten eine völlige Ankylose, sieben teilweise Bewegungsbeschränkungen, die übrigen Fälle leichte Schwellung oder Schmerzhaftigkeit bei forcierter Bewegung. Die Behandlung dauerte nur in zwei Fällen fünf Wochen, sonst zwei Monate bis ein Jahr, einige Kranke traten ungeheilt aus.

Bei der Behandlung der gonorrhoischen Gelenkentzündung erzielte Dr. Bockhard mit Natrium salicylicum dann gute Erfolge, wenn er in einstündlichen Dosen am ersten Tage 8—10, am zweiten, am sechsten und siebenten Tage je 6 g gab und die dazwischen liegenden drei Tage freiliess. Ichthyol, Dunstverbände, Kataplasmen, warme Bäder wurden nebenher angewandt.

Die Untersuchung von Ehestandskandidaten mit Bezug auf vorangegangene Geschlechtskrankheiten von Dr. Ledermann (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 12 u. 13). — Ehe und venerische Krankheiten v. Prof. Lesser (Berlin. klin. Wochenschrift Nr. 23). — Beobachtungen über die Diagnose und Behandlung der akuten Gonorrhöe mit besonderer Berücksichtigung der Bedeutung des Protargols als therapeutisches Agens von Dr. Wolbarst (Journ. of. Cutan. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 34). — Über die moderne Therapie der Gonorrhöe des Mannes von Dr. Scholtz (Deutsche Praxis Nr. 9. — Ther. Monatsh. 7. H.). — Dr. Blaschko über Abortivbehandlung der Gonorrhöe in der Berliner medizinischen Gesellschaft (Ther. Monatsh. 8. H.). — Zur Therapie des venerischen Katarrhs von Dr. Kronfeld (Wien. med. Wochenschr. Nr. 6). — Erfahrungen über die Janetsche Methode der Urethral- und Blasenbehandlung von Dr. Spitzer (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 42). — Beitrag zur Technik der Janetschen Spülungen der Harnröhre von Dr. Lohnstein (Monatsber. f. Urol. 7. Bd. 5. H.). — Behandlung der Gonorrhöe mit Acidum nitricum von Dr. Porosz

Digitized by Google

(Wien. med. Wochenschr. — Münch. med. Wochenschrift Nr. 13). — Die Behandlung der Gonorrhöe mit Albargin von Dr. Tóth (Orvosi Hetilap Nr. 10. — Ung. med. Presse Nr. 10). — Ichthargan bei Gonorrhoe von Dr. Goldberg (Ther. Monatsh. 3. H.). — Chinolinwismuthrhodanat Edinger (Crurin pro injektione) als Antigonorrhoicum von Prof. Jacobi (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 1). — Zur Behandlung der Gonorrhöe mit Protargolgelatine von Dr. Benario (Münch. med. Wochenschrift Nr. 51). — Ein Beitrag zur Behandlung der chronischen Gonorrhöe von Dr. Saalfeld (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 14). — Praktische Überlegungen über die Epididymitis gonorrhoica von Dr. Clere (Medico Nr. 17). — Dysuria gonorrhoica von Dr. Gerbers (Ther. Monatsh. 3. H.). — Ist die Gonorrhöe der Prostituierten heilbar? Einige Bemerkungen zur Prophylaxe des Trippers von Prof. Marschalko (Berlin. klin. Wochenschr. Nr. 15). — Über die nach Gonorrhöe auftretende Pyelitis und Pyelonephritis von Dr. Marcuse Monatsb. f. Urol. 7. Bd. 3. H. — Ther. d. Gegenw. 5. H.). — Über Arthritis gonorrhoica von Dr. Markheim (Deutsch. Arch. f. klin. Med. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 20). — Behandlung der gonorrhoischen Gelenkentzündung von Dr. Bockhard (Monatsh. f. prakt. Dermat. 33. Bd. 11. H. — Ther. Monatsh. 6. H.).

Greisenalter. Die wichtigste Aufgabe bei der Behandlung der Erkrankungen der Greise ist nach Prof. Renvers (Berlin), die Zirkulation zu heben. Dies geschieht zuerst durch Schonung der Kräfte, durch absolute Ruhe. Die horizontale oder leicht erhöhte Bettlage aber ist dem Greise oft unerträglich; die beste Ruhestellung ist für ihn diejenige Lage, die ihm selbst am angenehmsten ist, wenn dieselbe auch den theoretischen Erwägungen des Gesunden nicht immer entspricht. Die Luft des Krankenzimmers muss rein, staubfrei und erwärmt sein (mindestens 15° R.), die Körperoberfläche durch warme Kleidung vor Abkühlung geschützt werden. Sanftes centripetales Streichen der Haut, Frottieren mit trockenen heissen Tüchern, Einwickelung und Hochlagern der Gliedmassen tragen ebenfalls zur Erleichterung der Zirkulation bei. Wichtige Unterstützungsmittel sind schliesslich heisse Fuss- und Handbäder, eventuell unter Zusatz von Senfmehl, heisse Teilwaschungen der Haut, feuchtwarme Teilpackungen. Vollbäder sind wegen der damit verbundenen Anstrengung meist wenig angezeigt, auch die kalten hydrotherapeutischen Prozeduren, die für den jugendlichen Organismus das wirksamste Excitans darstellen, sind wegen der unvermeidlichen Wärmeverluste im Greisenalter bedenklich und nur vorsichtig tastend dann noch gestattet, wenn es gelingt, durch dieselben eine Reaktion der Gefässe herbeizuführen. Dagegen ist eine leichte und vorsichtige Muskelmassage ein sehr wirksames Anregungsmittel für Greise. Von Medikamenten zur Anregung der Zirkulation bevorzugt Renvers die Koffeinsalze und das Kampferöl, eventuell mit Zusatz von Äther; die Digitalispräparate werden von dem atrophischen Greisenherz meist nicht mehr vertragen. Bezüglich der Diät erteilt Renvers folgende Ratschläge: Oft und wenig Nahrung auf einmal, mehr flüssige und breiige, wie feste Nahrung, mehr Kohlehydrate und Fette, als überreiche Eiweissnahrung. Fleischnahrung wird meist während der Erkrankungen im Greisenalter abgelehnt oder widerwillig genommen. Das nötige, meist mit 60—80 g gedeckte Erhaltungseiweiss rät Renvers durch die Milch unter Zusatz von Eiweisspräparaten wie Somatose, Plasmon, Roborat einzuverleiben. In Kraftmehlen und Zucker, sowie Sahne als Zusatz zur Milch und zu Suppen werden die erforderlichen Mengen von Kohlehydraten und Fetten am leichtesten zugeführt. Die Nahrung muss möglichst warm gegeben werden, reichlicher Zusatz von Salzen und Gewürzen ist wegen der rasch erlahmenden Saftsekretion angezeigt. Der Alkohol ist bei Erkrankungen des Greisenalters meist unentbehrlich. Auf die Mundpflege ist beim Greise grosses Gewicht zu legen, wobei dem Nasenrachenraum und der hinteren Rachenwand besondere Sorgfalt zuzuwenden ist. Renvers empfiehlt häufiges Spülen und Auswaschen mit leichter Boraxlösung unter Zusatz von kleinen Mengen Glycerin zur Vermeidung von Soorbildung und anderen Pilzvegetationen. Gelingt eine genügende Nahrungszufuhr per os nicht, so ist gleich im Beginn der Erkrankung die Ernährung vom Mastdarm durch Milchklystiere anzuwenden; dieselbe vermag zum mindesten durch die Wasserresorption den Nachlass der Zirkulation etwas aufzuhalten.

Behandlung der Erkrankungen im Greisenalter von Prof. Renvers in (v. Leydens Festschrift 2. Bd. A. Hirschwald, Berlin, 1902. — Ther. d. Gegenw. 9. H.).

Digitized by Google

H.

Hämorrhoiden. Die Ligaturbehandlung der Hämorrhoiden ist nach Dr. Ehrich der Kauterisation und Excision weit überlegen durch die Einfachheit der Technik und der Nachbehandlung und bietet eine grössere Garantie gegen Komplikationen verschiedenster Art ohne in ihren Enderfolgen der Kauterisation nachzustehen. An Prof. Müllers Klinik in Rostock wird das Ligaturverfahren in folgender Weise ausgeführt. Der Patient wird für zwei Tage auf flüssige Diät gesetzt, während dieser Zeit wird durch Ricinusöl und wiederholte Clysmata für gründliche Entleerung des Darmes gesorgt. Unmittelbar vor der Operation erhält der Kranke 10—15 Tropfen Opiumtinktur. Als Einleitung wird nun in der Narkose zunächst eine gründliche stumpfe Dehnung des Sphinkters vorgenommen, indem die eingehakten Finger kräftig auseinandergezogen werden, bis sie an den Tubera ischii Halt finden. Auf diese Weise werden die inneren Knoten viel besser zugänglich. Bei dem in Steinschnittlage gebrachten Patienten werden sodann die grössten der prolabierten Knoten durch Anlegen von kräftigen Balkenzangen gefasst, wobei sorgfältig darauf geachtet werden muss, dass Teile der äusseren Haut nicht mitgefasst werden. An der durch die Zange gebildeten Basis werden darauf die Knoten, während die Zange angezogen wird, durch stärkste Fäden geflochtener Seide umschnürt. Nach Abnahme der Zangen wird in den After ein fest gewickelter, mit einem Faden versehener Jodoformgazetampon eingeführt, dessen Oberfläche zweckmässig mit etwas Borvaseline bestrichen ist. Der Stuhl wird für drei bis vier Tage durch Opium angehalten, dann Entfernung des Tampons, am fünften Tage Ricinusöl und nach erfolgtem Stuhlgange ein Sitzbad; etwas sterile Gaze vor die Afteröffnung.

Zur Ligaturbehandlung der Hämorrhoiden von Dr. Ehrich (Beitr. z. klin. Chir. — Medico Nr. 34).

Hedonal. Prof. Fritsch (Wien) hat das Hedonal in einer grösseren Anzahl von Fällen — zumeist bei Neurasthenikern und in Fällen einfacher depressiver Verstimmung — angewendet; die Resultate waren durchwegs zufriedenstellend. Er beschränkte sich zunächst auf Einzelgaben von 1 g, musste aber häufig die Dosis um Einiges steigern und kann im Einklang mit Erfahrungen anderer Beobachter bestätigen, dass eine Durchschnittsgabe von 1,5 g ausreicht, um bei Fällen obiger Kategorie einen durch zirka sechs Stunden anhaltenden Schlaf zu erzielen. In Fällen, in denen die Verstimmung mit Angst kompliziert war, liess das Mittel im Stich. Eine Nachwirkung des Hedonals wurde von einzelnen Patienten insoferne behauptet, als ein Gefühl von Ermattung angeblich am Tage nach der Verabreichung bestanden hat; in der überragenden Mehrzahl der Fälle kam eine solche nicht zum Vorschein; auch hat sich nie irgend eine üble Nebenwirkung, wie sie anderen Schlafmitteln oft anhaftet, gezeigt. Die meisten der Patienten zogen die Anwendung des Mittels in Oblaten vor, da dessen Geschmack etwas unangenehm empfunden wurde; der Effekt des Mittels stellte sich gewöhnlich schon binnen $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde ein.

Dr. Tendlau (Berlin) versuchte das Hedonal mit gutem Resultat bei Herzkranken, bei Agrypnie infolge heftigen Juckreizes, dann mit wechselndem Erfolge bei verschiedenen Formen von Nephritis, bei schweren cerebralen und spinalen Nervenleiden, bei Morbus Basedowii etc. Wenn auch die Wirkung nicht stets gleich günstig war und manchmal völlig ausblieb, so erzielte Verfasser doch häufig einen über mehrere Stunden sich erstreckenden Schlaf, der stets ohne üble Nachwirkung blieb und den Patienten grosse Erquickung bereitete. Am wenigsten Einfluss hatte das Mittel bei Agrypnie infolge heftiger Schmerzen und starker psychischer Erregung, doch schien es hier, neben Morphium dargereicht, die Wirkung des letzteren sehr günstig zu unterstützen.

Therapeutische Notizen über Hedonal von Prof. Fritsch (Wien. med. Presse Nr. 24.) — Wei-

Digitized by Google

tere Mitteilungen über Hedonal von Dr. Tendlau (Fortschr. d. Med. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 7. H.).

Hefe. Dr. Ledermann hat in gemeinschaftlicher Arbeit mit Dr. Kloppstock im Institut für medizinische Diagnostik in Berlin die baktericide Wirkung verschiedener, zum internen Gebrauch bei Hautkrankheiten empfohlener Hefepräparate vergleichsweise geprüft, indem sie mit den verschiedenen Hefepräparaten beschickte Traubenzuckerpeptonbouillon abwechselnd mit Typhusbacillen, mit Staphylokokken, mit Kolibacillen beimpften. Nach verschiedener Zeit der Gärung wurde in Agar abgeimpft und Platten gegossen. Dabei ergaben sich folgende Resultate: 1. Typhusbacillen wurden durch gärende Dauerhefe nach 24—48 Stunden, durch Presshefe nach 28 Stunden, durch Levurinose nach 74 Stunden abgetötet, während Furunkulin und eine Hefenzellenreinkultur das Wachstum nicht beeinflussten. 2. Staphylokokken wurden in derselben Weise durch Dauerhefe nach 48—54 Stunden, durch Presshefe nach 24—54 Stunden, durch Levurinose nach 74 Stunden abgetötet. 3. Kolibacillen wurden durch Dauerhefe nach 72—76 Stunden, durch Presshefe nach 24 Stunden, durch Levurinose nach 74 Stunden abgetötet. Furunkulin und Hefezellen in Reinkultur blieben auch auf das Wachstum von Staphylokokken und Koli ohne Einwirkung.

Dr. Rapp hat die Güte der Dauerhefenpräparate durch Feststellung des Wassergehalts, der Gärkraft, in bezug auf reduzierende Wirkung, baktericide Kraft geprüft. Für diese Untersuchungen wie für die praktische Verwendung kommen nicht die durch Extraktion aus Hefezellen dargestellten Präparate in Betracht, weil bei ihnen die wahrscheinlich auch medizinisch-therapeutisch wichtigsten Enzyme zerstört werden. Die anderen Präparate werden durch Verringerung des Wassergehaltes der Hefe auf ein Minimum dargestellt. Bei diesen Untersuchungen ergab sich, dass die Aceton-Dauerhefe (Zymie) das beste Präparat darstellte.

Was das Schicksal der innerlich eingenommenen Hefe im Organismus betrifft, so scheint sie nach Dr. Paschkis von den Säften des Magens und Darmes wenig oder gar nicht verändert zu werden, auch hat sie, wie es scheint, keinen erheblichen Einfluss auf die intestinale Flora. Um die günstige Wirkung bei Furunkulose zu erklären, kann vielleicht angenommen werden, dass durch die Gärung und deren Produkte anormale Verdauungsvorgänge unterdrückt werden. Die Hefe soll zurzeit der Nahrungsaufnahme gegeben werden. Verfasser hat bei etwa 20 Fällen von Furunkulose, Akne und schwerer Folliculitis die Hefe innerlich angewendet und zwar durch längere Zeit hindurch. In vielen Fällen wurde eine geradezu auffallend rasche Heilwirkung erzielt, andere Fälle verhielten sich vollkommen refraktär. Man gibt die Hefepräparate zu 5—10 g pro dosi ein- oder dreimal täglich bei den Hauptmahlzeiten in einem Glase Wasser oder auch kohlensaurem Wasser verrührt. Bierhefe lässt man zweckmässig in Bier, Bäckerhefe in Milch verrühren.

Nach Dr. Durand (Cahure) wirkt Bierhefe vorzüglich bei Furunkel, Anthrax, Impetigo, Folliculitis sycosiformis. Lokal wirkt sie abschwächend auf die Virulenz der Darmsekretion bei gastrointestinalen Störungen infektiösen Ursprunges (bei Gastroenteritis infantum oder bei Typhus). Bierhefe ist auch für lokale antiseptische Applikationen bei Vaginalfluss, Angina, Hauteiterungen, Brandwunden zu empfehlen.

In der Genter Hautklinik hat Dr. Du Bois die Furonculine in zahlreichen Fällen angewendet. Bei Furunkulose war die günstige Wirkung ganz unzweifelhaft. Man kann die Entwickelung neuer Furunkel verhindern und den Ablauf bereits entwickelter wesentlich mildern. Auch bei der Acne resacea und in einigen Fällen von Jodakne hatte das Mittel guten Erfolg. Ekzeme juckten weniger und heilten schneller. Psoriasis blieb unbeeinflusst. Besonders gut war der Erfolg bei dem Nesselfieber und diese Tatsache leitete auf die Annahme hin, dass die Bierhefe als Darmdesinficiens wirkt. Autor empfiehlt sie warm für entsprechende Magendarmleiden, ferner gegen den chronischen Tripperrheumatismus und hat sie

Digitized by Google

endlich auch äusserlich bei torpiden Geschwüren, Beingeschwüren u. s. w. mit gutem Erfolg angewandt. Man gibt innerlich von einem Kaffeelöffel bis zu vier Suppenlöffel voll pro Tag. Auch die grossen Gaben werden fast immer gut vertragen. Die Furonculine ist durch die Aktiengesellschaft La Zyma in Montreux zu beziehen.

Von den entzündlichen Erkrankungen der Vagina und Cervix sind für die vaginale Hefebehandlung nach Dr. Albert (Dresden) am geeignetsten Fälle von hartnäckigem Fluor und Erosionen der Portio. Zur nachträglichen Behandlung der Uterushöhle empfiehlt Albert nach Menges Vorschlag die intrauterine Ätzung mit 30—50%iger Formalinlösung. Auch zur Vorbehandlung der Scheide bei vaginalen Operationen, speziell Cöliotomien, hat sich die Hefebehandlung bewährt, wie Albert bei 62 Laparotomien und 53 vaginalen Operationen, besonders Kolporrhaphien, feststellen konnte.

Dr. Ledermann über die baktericide Wirkung verschiedener Hefepräparate auf der deutschen Naturforscherversammlung zu Karlsbad (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 86) — Über Hefe von Dr. Rapp (Münch. med. Wochenschr. Nr. 36. — Ther. d. Gegenw. 12. H.). — Die Hefe als Arzneimittel von Dr. Paschkis (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 31). — Über den therapeutischen Wert der Bierhefe von Dr. Durand (Lyon. méd. Nr. 6. — Med. Blätter Nr. 13). - Die Anwendung der Bierhefe in Form von „Furonculine" von Dr. Du Bois (Rev. méd. d. l. Suisse. — Schm. Jahrb. 273. Bd. 2. H.). — Sterile Dauerhefe und ihre vaginale Verwertung von Dr. Albert (Zentralbl. f. Gynäk. Nr. 33).

Helminthen. Dr. Goldmann (Brenneberg) schildert die Gefahr der Anchylostomiasis für den Bergmannstand. Die Infektion erfolgt in der Grube durch die Luft auf dem Wege des Verdauungskanals. Goldmann ist es gelungen, in seinem Bezirke die Morbidität von 80 auf 12% herabzudrücken. Prophylaktisch empfehlen sich folgende Massregeln: Übertünchen der Holzzimmerung in den Gruben mit Kalkwasser, Verbot des Essens in den Gruben, Wechsel der Kleider und Baden nach Verlassen derselben. Auffangung und sofortige Desinfektion des Fäces. Therapeutisch rät Goldmann zu Extr. fil. mar. bis zu 15 g, auch Thymol bewährt sich sehr. Wichtig ist eine Vorkur mit Kalomel, Nachkur mit Terpentinöl, um das erneute Ansetzen des abgetriebenen Wurmes zu verhüten.

Dr. Sobotta (Berlin) stellte bei Bandwurmkranken vergleichende Versuche über die Wirkung des Pelletierin und des Filixextraktes, wobei er zu folgenden Schlüssen gelangte: a) Pelletierinum tannicum versagte in den sechs Fällen, in denen es zur Anwendung kam, vollständig, trotzdem es in zwei Fällen toxische Erscheinungen zur Folge hatte. b) Filixextrakt erwies sich in Dosen von 7—8 g als ein wirksames Bandwurmmittel, das in mehreren Fällen, in denen Pelletierin versagt hatte, zum Erfolge führte. c) Die Dosis von 7—8 g Filixextrakt genügt für den Erwachsenen, wenn man schon vorher für ausgiebige Entleerung des Darmes sorgt, bei Neigung zu Verstopfung mit dieser Fürsorge schon einige Tage vor der Kur beginnt. Wenn man bald nach dem Einnehmen des Filixextraktes durch Abführmittel für schleunige und reichliche Darmentleerungen sorgt, so hat man Intoxikation nicht zu befürchten. d) Toxische Erscheinungen sind nach diesen Dosen von Filixextrakt nicht beobachtet worden, weder bei einem Diabetiker, noch bei einer Person, die sich aus äusseren Gründen nicht die nötige Ruhe gönnen konnte; weder bei Einleitung der Kur durch Ricinusöl (bis zu 24 g), noch bei gleichzeitiger Anwendung von Filixextrakt und Ricinusöl. e) Es bleibt dahingestellt, ob die gleichzeitige Verwendung von Ricinusöl und Filixextrakt tatsächlich die Ursache der Vergiftungen ist. Jedenfalls lässt sich die Filixbandwurmkur auch ohne gleichzeitige Ricinusgaben erfolgreich durchführen. Die schleunige Entfernung des Filixextraktes aus dem Darmkanal lässt sich auch durch andere Abführmittel, z. B. Senna (weniger gut durch Natrium sulfuricum), erreichen, wenn eine vorbereitende Entleerung durch Ricinusöl vorangegangen ist. f) Fasten vor der Kur (½ Tag) erleichtert den Erfolg wegen Leerhalten des Darmes. Eine Schwächung des Organismus ist durch dieses kurze Fasten nicht zu befürchten. Eine Vorbereitungskur (Hering u. dgl.) ist überflüssig.

Digitized by Google

Dr. Borini (Turin) verwirft die so gebräuchliche Verordnung von reizenden Speisen (Knoblauch, Zwiebel, Heringsalat) in der Vorkur. Für die Verschreibung des Extractum filicis maris empfiehlt er folgende drei Rezeptformeln:

a) Rp. Extract. aether. filic. mar. g 5,0—8,0
Aquae toeniculi „ 60,0
Gummi arab. qu. s. ad suspensionem.
S. Auf einmal zu nehmen.

b) Rp. Extract. filic. mar. aether. 6,0—8,0
Syrup. simpl. 30,0
Mixt. gummos. 120,0
M. S. Auf zweimal im Intervall von zehn Minuten zu nehmen.

c) Rp. Extr. filic. maris aeth. 0,50
Calomelanos 0,05
D. ad capsulam.
Dentur tales doses Nr. XII.
S. Alle fünf Minuten ein Stück zu nehmen.

Dr. Goldmann über Anchylostomiasis auf der deutschen Naturforscherversammlung in Karlsbad (Med. Blätter Nr. 41). — Vergleich über die Wirksamkeit verschiedener Bandwurmmittel nebst Versuchen, das Ricinusöl bei der Bandwurmkur teilweise durch andere Abführmittel zu ersetzen von Dr. Sobotta (Ther. Monatsh. 8. H.). — Die Bandwurmmittel und ihr therapeutischer Wert von Dr. Borini (Gazz. d. Osp. — Med. Blätter Nr. 14).

Helmitol. Helmitol ist eine Verbindung der Anhydro-Methylenzitronensäure mit dem Urotropin. Dr. Rosenthal hat das Mittel an Dr. Josephs Poliklinik in Berlin in 20 Fällen von Urethritis gonorrhoica chronica posterior, Cystitis und Prostatitis chronica versucht und dasselbe als vortreffliches Harnantiseptikum gefunden. Es wurde 1 g pro dosi viermal täglich in Pulverform verabreicht und hat keine üblen Nebenerscheinungen hervorgerufen. Autor empfiehlt das Mittel zur Nachprüfung.

Über das Helmitol, ein neues Harnantiseptikum von Dr. Rosenthal (Ther. d. Gegenw. 12. H.).

Hernien. Prof. Lanz (Amsterdam) ist der Ansicht, dass bei dem heutigen Stand der chirurgischen Technik die Taxis eines eingeklemmten Bruches eine unzeitgemässe Therapie ist, welche mehr Schaden als Nutzen stiftet und daher zu gunsten des operativen Vorgehens aufgegeben werden müsste. Denn zunächst kann nie mit absoluter Sicherheit entschieden werden, ob der Darm noch lebensfähig oder ob bereits Gangrän da ist, welch letzterer bei starker elastischer Kompression der Bruchpforte oder des Bruchsackhalses schon in wenigen Stunden eintreten kann. Ist nun eine bereits gangränöse Darmschlinge durch Taxis reponiert, so sind die Aussichten einer späteren Bruchoperation sehr schlecht. Ausserdem schädigen die Taxisversuche an sich die eingeklemmte Darmschlinge in ihrer Lebensfähigkeit. Verfasser führt mehrere Fälle an, wo infolge durch Taxis reponierter gangränöser Schlingen der Exitus eintrat, den selbst die Herniotomie nicht verhindern konnte. Häufig wird auch durch Taxis anstatt der Reposition der eingeklemmten Darmschlingen eine Massenreduktion bewirkt, bei welcher der Bruch samt Sack und Einklemmungsring einfach intraabdominal verlagert wird; dabei braucht gar keine besondere Gewalt angewendet zu sein. Da also bei der Taxis diese und andere üble Zufälle möglich sind und zum Tode führen können, so hält es Verfasser für das Beste, wenn es irgendwie die äusseren Verhältnisse erlauben, bei jeder incarcerierten Hernie sofort die Herniotomie eventuell mit sofortiger Radikaloperation vorzunehmen. Die Narkose ist bekanntlich bei Herniotomie entbehrlich, wenn man unter Lokalanästhesie mit 1% Kokainlösung oder nach Schleich operiert.

Dr. Rothe gibt aus der Breslauer Klinik des Prof. v. Mikulicz eine Statistik über 146 Fälle von incarcerierten Hernien. Es besteht in genannter Klinik der Grundsatz, bei Krural- und kleinen Leistenhernien die Taxis nur innerhalb der ersten 24 Stunden zu versuchen, falls nicht schon vorher Repositionsversuche vorgenommen worden sind; nur bei grösseren Leistenhernien mit relativ weiter Bruchpforte darf eventuell noch am zweiten Tag, selbst noch am dritten, eine vorsichtige Taxis versucht werden. Durch vorzeitige Operation wird weit weniger riskiert, als durch zu spät ausgeführte

Digitized by Google

Taxis. Rothe berechnet auf das betreffende Material 20,55% Mortalität, für die einfachen blutigen Repositionen 11,34%, für die gangränösen Hernien 54,28%, höhere Sterblichkeitsziffer berechnet sich für die Kruralhernien (22,45%) als für die Leistenhernien (17,72%), auf acht Nabelhernien kommen drei Todesfälle. Bei Einklemmungen, die nicht länger als 24 Stunden währten, ist die Mortalität viel geringer (11,67%) als bei Dauer von fünf Tagen und darüber (48,28%). Auch v. Mikulicz ist, wo solche ausführbar, für lokale Anästhesie bei Herniotomie. Zumeist wurde die zirkuläre Vereinigung mit fortlaufender Naht ausgeführt. Der von anderer Seite vorgezogene Murphyknopf bietet nach Rothe keine grössere Sicherheit. Sehr wichtig ist es, den zuführenden Darmabschnitt vorher gründlich zu entleeren und möglichst bald den Darm zur Tätigkeit (durch schonende Eingüsse per rectum) anzuregen. Der Jodoformgazetamponade kommt die grosse Bedeutung zu, die Gefahr einer eventuellen Darmperforation (durch Wandnekrose etc.) abzuwenden, und in den Fällen, die sehr günstig lagen, wurde sofort Radikaloperation angeschlossen, in den meisten zunächst mit Jodoformgaze tamponiert, auch danach wurden günstige Resultate quoad Rezidive erreicht, d. h. auch in den ganz per granulationem geheilten Fällen wurde in 1/3 der Fälle kein Rizidiv konstatiert; die Tamponade gibt lange keine so ungünstige Chance betreffs Auftreten von Hernien, als bislang angenommen wurde, auch die Heilungsdauer ist danach nicht sehr viel länger. Rothe berechnet für die unmittelbar nach der Herniotomie radikal operierten Fälle 14,14 Tage Heilungsdauer, für die mit Tamponade behandelten 25,2, für die gangränösen Hernien 26,68 Tage Heilungsdauer.

Ein zweckmässiger und dauerhafter Nabelbruchverband wird nach Dr. Braatz (Königsberg) folgendermassen gemacht und angelegt: Die Pelotte nimmt man am einfachsten aus 0,7 mm starkem Zinkblech, das sich mit der Schere gut schneiden lässt und dennoch genügende Festigkeit besitzt. Die Platte, deren scharfe Kanten mit dem Messer geglättet werden, soll etwa 3 cm breit und 3 1/2 cm lang sein. Dann schneidet man sich ein Stück Heftpflaster, das dreimal so lang und dreimal so breit, als die Platte ist, legt letztere in die Mitte des mit der Leinwandseite nach oben liegenden Heftpflasterstückes und faltet das Plättchen nach den notwendigen Einschnitten so ein, dass es ganz von Heftpflaster bezogen ist, dessen Klebeseite überall nach aussen liegt. Nun schneidet man sich einen Heftpflasterstreifen von 6—9 cm Breite und einer solchen Länge zu, dass die Enden sich nach dem Umlegen um den Leib seitlich übereinander schlagen lassen, legt diese Binde mit der Leinwandseite auf die Hälfte quer zusammen und schneidet sie nach den Enden zu auf 4 cm schmal, so dass die Beckenknochen vollständig frei bleiben. Auf die Mitte der Binde wird nunmehr die Pelotte aufgeklebt. Man lässt sich jetzt das Kind an Schulter und Becken so entgegenhalten, dass der Leib freibleibt, drückt mit dem Zeigefinger den Nabelbruch zurück, legt die Pelotte genau mit ihrer Mitte auf den Nabel, zieht zuerst die eine Hälfte der Binde glatt an und legt ebenso die andere straff und ohne Falten, aber keineswegs übermässig fest angezogen, darüber. Über die Heftpflasterbinde kommt dann noch zum Schutz eine leinene Binde, die nach dem Bade durch eine trockene wieder ersetzt wird. Die Heftpflasterbinde kann 4—6—8 Wochen liegen bleiben, bis sie erneuert werden muss.

Weg mit der Taxis von Prof. Lanz (Münch. med. Wochenschr. Nr. 5. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 14). — Beitrag zur Statistik der incarcerierten Hernien von Dr. Rothe (Münch. med. Wochenschr. Nr. 17). — Ein zweckmässiger und dauerhafter Nabelbruchverband von Dr. Braatz (Deutsche Ärzte-Ztg. — Medico Nr. 26).

Heroin. An Prof. v. Ziemssens Klinik wurde das Heroin von Dr. Brauer seit 1 1/2 Jahren geprüft. Seine Erfahrungen mit dem Mittel fasst Autor folgendermassen zusammen: 1. Das Heroin ist ein promptes, dem Morphin gleichstehendes Hustenmittel. 2. Es ist ebenfalls sehr brauchbar, wenn auch weniger sicher, bei dyspnoischen Zuständen aller Art. 3. Es ist im allgemeinen nicht zu brauchen als reines Hyp-

Digitized by Google

noticum und Analgeticum. 4. Üble Nebenwirkungen sind selten; nach klinischer Erfahrung ist das Heroin nicht giftiger als Morphin.

Dr. Helbich wandte das Mittel in ca. 150 Fällen an. In Verfassers Praxis hat das Heroin das Kodein ganz verdrängt und den Gebrauch des Morphins wesentlich eingeschränkt; für nicht ganz angezeigt möchte Verfasser es dort halten, wo es sich um Ansammlung grösserer Schleimmengen und ihre schnelle Entfernung handelt.

Prof. Combemale und Dr. Hurier (Paris) rühmen das Heroin als ein gutes Mittel gegen Husten, Atemnot und Schmerz, man darf es aber nicht ohne Überlegung in jedem Falle anwenden. Kranke mit Arteriosklerose und solche mit weit vorgeschrittener Lungenphthise vertragen es oft recht schlecht.

Prof. Elischer (Budapest) empfiehlt nach dem Vorgange von Mirtl Scheidentampons mit einer Lösung von Heroin in Glycerin 1:1000 getränkt bei verschiedenen schmerzhaften Frauenleiden: para- und perimetritischen Exsudaten, Entzündungen der Anhänge, ganz besonders bei inoperablen Gebärmutterkrebsen. 1—1 1/2 Stunde nach Einlegen des Tampons hören die Schmerzen für etwa 14 Stunden, zuweilen auch für länger, bis 48 Stunden auf. Unangenehme Wirkungen hat Elischer nicht gesehen.

Dr. Strauss (Barmen) wandte das Heroinum hydrochloricum bei sexuellen Erregungszuständen, sowie bei gesteigerten und schmerzhaften Erektionen mit gutem Erfolg an. Zunächst bewährte es sich, abendlich als Pulver in der Dosis von 0,01 genommen, in einer Reihe von Fällen von Pollutiones nimiae. Unter gleichzeitiger Anordnung allgemeiner Massnahmen (Schlafen auf harter Matratze, auf der Seite, nicht zu kräftige Mahlzeiten abends, Vermeiden geistiger Getränke, kalte oder auch lauwarme Abreibungen) leistete das Heroin ebensogute Dienste, wie das sonst vielfach verordnete Bromkali in Verbindung mit Kampfer und Lupulin. Eine zweite Gruppe von Fällen erstreckte sich auf jene Formen von sexueller Neurasthenie, in denen es infolge von geschlechtlichen Ausschweifungen zu psychischer Impotenz, zu Samenfluss und jenen nervösen Beschwerden gekommen war, die meist die Folge von Onanie sind: Schwäche, Mangel an Selbstbewusstsein, Kopf- und Kreuzschmerzen, Müdigkeit, Gedächtnisschwäche etc. Der Erfolg war in diesen Fällen, wo meist die Applikationsform der Suppositorien gewählt wurde, freilich ein wechselnder. Eine dritte Gruppe von Erkrankungen der Harnwege betraf das grosse Gebiet der Gonorrhoe, namentlich der akuten und subakuten, mit ihren Begleiterscheinungen, Nebenhodenentzündung, Prostatitis, Cystitis etc. Sowohl die Schmerzen im allgemeinen, als auch die schmerzhaften Erektionen insbesondere wurden durch das Mittel günstig beeinflusst, und indirekt damit auch die entzündlichen Erscheinungen selbst. Endlich kam das Mittel noch bei operativen Eingriffen, die Erektionen und Schmerzen im Gefolge haben, zur Anwendung, namentlich nach Phimosenoperationen; hier wirkt das Heroin sehr beruhigend und schlafbringend, zuweilen besser als Sulfonal und Bromkali.

Erfahrungen über Heroin von Dr. Brauer (Deutsch. Arch. f. klin. Med. 68. Bd. 1. u. 2. H.). — Erfahrungen mit Heroin in der allgemeinen Praxis von Dr. Helbich (Heilk. 5. H.). — Einige klinische Beobachtungen bezüglich des Wertes des Heroins von Prof. Cambemale und Dr. Huriez (Echo méd. du Nord. Nr. 17. — Schm. Jahrb. 274. Bd. 6. H.). — Über die Anwendung des Heroins in der Gynäkologie von Prof. Elischer (Ung. med. Presse Nr. 11). — Das Heronium hydrochloricum als Anaphrodisiacum von Dr. Strauss (Münch. med. Wochenschr. — Medico Nr. 40).

Herzkrankheiten. Dr. Worobjew trachtete auf Grund des Materials der Hospitalklinik von Prof. Ostroumoff in Moskau die Frage zu entscheiden, wie häufig durch nicht rheumatische chronische Erkrankungen entstandene Klappenfehler im Vergleich zu rheumatischen vorkommen. Die Resultate, die Autor bei seinen Untersuchungen gewonnen hat, sind folgende: 1. In der Ätiologie der chronischen Klappenleiden spielt der akute Gelenkrheumatismus eine grössere Rolle als jede andere Infektionskrankheit einzeln genommen; aber der akute Rheumatismus ist von ge-

Digitized by Google

ringerer Bedeutung als alle möglichen übrigen Momente zusammengenommen. 2. In allen Lebensaltern bilden die nichtrheumatischen die Hauptmasse aller vorkommenden Endokarditiden. 3. Es ist höchst wahrscheinlich, dass die meisten nichtrheumatischen Endokarditiden nicht akut begannen, sondern von Anfang an als chronisches Leiden sich entwickelten.

Die Frage, ob es eine akute Erweiterung des Herzens gibt, wird von Prof. Hoffmann (Düsseldorf) auf Grund von Röntgendurchleuchtungen verneint. Zu seinen Untersuchungen hat er die von Moritz eingeführte Orthodiagraphie benutzt. Mittelst dieser Einrichtung hat er Menschen unmittelbar nach schweren Überanstrengungen, welche beschleunigten unregelmässigen Puls und das Gefühl schwerer Oppression darboten, untersucht und nicht die geringste Dilatation nachweisen können. Ebensowenig nach Alkoholexzessen oder in akuten Krankheiten. Wenn früher so oft von akuter Dilatation die Rede war, so sind die betreffenden Untersucher angeblich durch Hochstand des Zwerchfells bei beweglichem Herzen und die verstärkte Aktion desselben getäuscht worden.

Auch Dr. v. Criegern (Leipzig) hat bei 500 gesunden und kranken Herzen röntgographisch niemals eine akute Herzdehnung feststellen können.

Dr. Smith (Schloss Marbach) ist der Meinung, dass man bei den heutigen Kulturvölkern nur ausnahmsweise ein normales Herz finden könne; es ist meistens durch verschiedene Einflüsse (vor allem Alkohol und nervöse Störungen) erweitert, wobei es unter mechanisch ungünstigeren Verhältnissen arbeitet. Ein gesundes Herz nun, das mit minimalen Herzhöhlen arbeitet, soll bei nicht übertriebener Anstrengung keine Erweiterung zeigen. Erweiternd wirken nun eine Menge Gifte, voraus der Alkohol (nachweislich nicht die Flüssigkeitsmenge), dann auch der Hunger, psychische Erregungen (bei Unfallneurosen hat Smith in jedem Falle Herzerweiterung gefunden). Bei labilem Nervensystem (wie es z. B. Künstler oft haben) oder immer wiederholten erweiternden Einflüssen wird die Dilatation oft eine bleibende. Herzverengernde Wirkung haben u. a. die Digitalis (oft schon nach 20 Minuten), Strophanthus, Kampfer und andere Gifte, dann aber vor allem elektrische, namentlich faradische Ströme, die von der Herzgegend durch den Körper geleitet werden, Körperbewegung in richtiger Dosierung, und am wirksamsten das elektrische Bad. Diese Mittel, richtig und anhaltend angewendet, können dann auch in einer Grosszahl von Fällen den Patienten heilen.

Zur Behandlung der Pulsverlangsamung erteilt Prof. Klemperer (Berlin) praktische Ratschläge. Die Pulsverlangsamung ist nach Autor vielfach ein physiologisches Phänomen (in der Rekonvalescenz akuter Krankheiten und im Wochenbett); dann bedarf sie keiner besonderen Behandlung. Sie ist aber auch vielfach ein Zeichen wirklicher Herzschwäche, z. B. bei Herzfehlern, bei Koronarsklerose, nach körperlicher Überanstrengung; oft geht sie dann mit Arythmie des Pulses und mit Ohnmachtsanfällen einher; in jedem dieser Fälle ist zu prüfen, ob die Bradykardie nicht nur scheinbar ist, indem das Herz sich kontrahiert, ohne dass die Blutwelle die Radiales erreicht. In Fällen von Herzschwäche mit Bradykardie ist ein Versuch mit kleinen Dosen Digitalis angezeigt; das ist die einzige Situation, in der Digitalis die Herzschlagfolge vermehren kann. Bleibt Digitalis erfolglos, so kommt Strophantus und namentlich Koffein in Frage; im übrigen ist Alkohol wirksam. Sehr oft ist Bradykardie ein Reflexzeichen in Verdauungskrankheiten, bei allgemeinen Ernährungsstörungen, bei Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane, bei organischen und funktionellen Nervenleiden. Hierbei kann die Bradykardie vorübergehend oder langdauernd sein, je nach der Art des Grundleidens. Die Behandlung richtet sich gegen das letztere und ist auch in ihrem Erfolge von der Natur desselben bedingt. Bei den verhältnismässigen häufigen Bradykardien der Neurasthenischen und Hysterischen ist allgemeine Körpermassage, Anregung durch verschiedene Bäder, oft auch systematische Erschütterung der Herzgegend von eklatantem Erfolg. Als Medikamente empfehlen sich Baldrian Konvallaria, Koffein.

Digitized by Google

Auf dem deutschen Balneologenkongresse zu Stuttgart sprach Dr. Fisch (Franzensbad) über kombinierte Herztherapie. Diese besteht nach Fisch in rationell und systematisch ausgeführter Diäto-, Balneo-, Mechano-, Rheumato- und Klimatotherapie. Was zunächst die Diät betrifft, so wird am rationellsten eine gute, leicht verdauliche gemischte Kost bei steter Berücksichtigung gewisser individueller Momente verordnet werden, kleine Einzelmahlzeiten — die letzte nicht zu spät — vor dem Schlafengehen. Bezüglich der durch die Gewohnheit zum Bedürfnis gewordenen Genussmittel, Thee, Kaffee, Alkohol und Tabak, muss ebenfalls individualisiert werden, allgemeine systematische Vorschriften sind untunlich. Die Anwendung von Brunnen in der Herztherapie ist nur dann angezeigt, wenn solche an Stelle anderer Getränke gegeben werden können, und zwar so, dass die Gesamtmenge der aufgenommenen Flüssigkeiten das normale tägliche Flüssigkeitsquantum von 2—2 1/2 Liter niemals übersteigt. Eine bei weitem wichtigere Rolle als dem Brunnen kommt der Anwendung der Bäder in der kombinierten Herztherapie zu. Die Arten dieser Bäder betreffend, können dieselben ebenso gut natürliche wie künstliche Mineralwasserbäder sein, die Hauptsache besteht nur darin, dass die notwendigen Bestandteile, wie der Gehalt an Salzen (Kochsalz und Chlorcalcium bis zu 3%) und im schon vorgeschrittenen Stadium der Behandlung ein Gehalt an im Badewasser gebundener freier Kohlensäure darin enthalten ist. Die in der Herztherapie anzuwendenden Bäder sind die Sol- und Kohlensäurebäder und deren Abstufungen bezw. Verstärkungen (z. B. Nauheim, Oeynhausen, Homburg etc., Sol-, Thermal-, Sprudel-, Thermalstrom- und Sprudelstrombäder: Cudova, Franzensbad, Pyrmont, künstliche Sol-, Mineral-, Stahlbäder etc.). Die Mechanotherapie der Herzerkrankungen besteht in sogenannten heilgymnastischen und Widerstandsbewegungen und in der Massage. Sowohl die Bewegungen wie die Massage bezwecken, auf mechanischem Wege durch gegebene Reize Störungen des Herzens zu beeinflussen. Die Heilgymnastik macht es sich zur Aufgabe: 1. eine Entlastung des venösen Kreislaufes durch Verbesserung der Zirkulationsverhältnisse zu erzielen und damit wieder eine Erleichterung der Herzarbeit, 2. eine Verbesserung der Herzmuskelbeschaffenheit, da dieselbe durch langsame, sich steigernde Anforderungen zu verstärkter Tätigkeit angeregt und damit vermehrte Wachstumsenergie hervorgerufen wird, d. h. Verminderung der Dilatation und Wiederherstellung kompensatorischer Hypertrophie. Die Anwendung von Digitalis, Tinctura Strophanti wird fast stets bei gewissen Zuständen von Herzerkrankungen erforderlich sein, und sind diese beiden Arzneistoffe schwerlich durch ein oder das andere Mittel zu ersetzen. In gewissen Fällen aber wird man auch Reizmittel heranziehen müssen, um vorübergehend das allzusehr geschwächte Herz anzufachen, wie z. B. bei drohendem Lungenödem. Als solche Reizmittel sind zu nennen Äther, Kampfer, ferner starke Aufgüsse von heissem Kaffee und Tee mit Rum, Kognak etc.; bezüglich des Weines als Excitans ist grosse Vorsicht geboten. In Fällen, wo mit dem Herzleiden noch Komplikationen bestehen, wie z. B. Stauungsödem, wird man zu Diureticis wie Koffein, Diuretin oder ähnlichem greifen müssen. Auch die Klimatotherapie ist als ein Glied der kombinierten Herztherapie anzusehen; am besten befinden sich Herzkranke in der Ebene oder in mittleren Höhen bis zu höchstens 1000 m Erhebung, an Orten, welche windgeschützt und staubfrei sind; und zugleich einen nicht geringen Feuchtigkeitsgrad (wegen der häufigen Komplikationen von Bronchitis) haben. Demgemäss ist der Aufenthalt an der Seeküste bei Vorhandensein der oben genannten klimatischen Faktoren ganz gut, Seebäder im offenen Meer sind ausnahmsweise erlaubt bei guter, kräftiger Herztätigkeit, d. h. wenn keine Herzinsufficienz besteht, bei ruhigster See ohne Schwimmversuch, ziemlich hoher Wassertemperatur und bei nur kurzem Verweilen im Bade. Als Winterstationen sind geeignet Abbazia, Südtirol (Trient etc.), Riviera di Levante. Was die Heilstättenfrage für Herzkranke anlangt, so ist Nauheim an erster Stelle dazu berufen, als

Digitized by Google

eine spezielle Heilstätte bezeichnet zu werden, aber nicht etwa deshalb, weil die dortigen natürlichen Solbäder und kohlensauren Thermalbäder eine spezifische Heilwirkung haben und spezifische Heilmittel darstellen, sondern vor allem, weil ganz naturgemäss in der Entwickelung der Jahre die Nauheimer Ärzte zu Spezialisten für Herzkrankheiten geworden sind. Die Heilstättenfrage ist ihrer Lösung insofern etwas näher gerückt, als man heute schon über eine Reihe von Orten verfügt, die sich im Besitze ähnlich wirksamer Heilfaktoren befinden wie Nauheim, nämlich Kissingen, Oeynhausen, Marienbad, Homburg, Soden, Tarasp, Driberg, St. Moritz, Pyrmont und andere.

Über Hydrotherapie bei Kreislaufstörungen berichtet Dr. Loebel (Dorna). Von hydriatischen Prozeduren ist es der Herzkühlapparat, der eine direkte Wirkung auf das Herz ausübt, die sich nach einstündlicher Applikation in einem Rückgange der Pulsfrequenz um 8—10, ja bis 20 Schläge in der Minute äussert; gleichzeitig wird der Blutdruck um 20—60 mm gesteigert, der Herzstoss kräftiger, die Dauer der Diastole verlängert. Als Ausdruck der gebesserten Zirkulation stellt sich vermehrte Nierensekretion und Reduktion etwa vorhandener Transsudate ein. Zur Erleichterung der Wirkung des Herzschlauches wendet Loebel die Teilabreibung an, wodurch nicht nur eine tonische Erweiterung der Blutgefässe der Peripherie erzielt wird, sondern auch eine Vertiefung der Atmungszüge, die die Saugwirkung des Brustkorbes auf die Hohlvenen unterstützt und dadurch Stauungserscheinungen im venösen Kreislaufe zum Schwinden bringt. In fortgesetzter Behandlung wendet Loebel dann Halbbäder von 22—25° C. an in der Dauer von 3—5 Minuten, wodurch eine Vermehrung der Kohlensäureausscheidung von 258 auf 647 ccm und der Sauerstoffaufnahme von 386 auf 963 ccm erzielt wird und damit einhergehend eine Besserung der Arterialisation des Blutes und der Ernährung des Herzmuskels. Unterstützend wirken die Applikation von Longettenverbänden, Leibbinden und Stammumschlägen zur Anregung der Transspiration in den betreffenden Hautpartieen, und zur Ableitung von Stauungshyperämieen im Pfortadergebiete. Im späteren Stadium der Behandlung kommen zur Anwendung die Dampfbäder, die am zweckmässigsten mit dem Herzschlauch kombiniert werden, in der Weise, dass der letztere vor Anwendung des Dampfbades angelegt und nach dem Dampfbade $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde belassen wird, während die Applikationsdauer des Dampfbades bloss 5—6 Minuten beträgt. Nach dem Dampfbade wird zum Zwecke der Abkühlung und Tonisierung der passiv erweiterten Gefässe eine kühle Prozedur angeschlossen. Bei Bradykardien verwendet Loebel Unterleibsbinden mit nachfolgendem 25° C. Sitzbade durch 5—10 Minuten. Jedoch ist deren Anwendung bei bestehendem niedrigem Blutdrucke zu meiden.

Zur Mechanotherapie chronischer Herzmuskelkrankheiten macht Dr. Lewinsohn (Soden am Taunus) einige kritische Bemerkungen. Gegenwärtig wird die Mechanotherapie, Training und Widerstands-Gymnastik entgegen der Oertelschen Kontraindikation vielfach bei der Degeneration des Herzmuskels angewendet. Infolge der veränderten biologischen Vorgänge innerhalb des diffus erkrankten Herzmuskels und durch eine Steigerung der Herzarbeit und Vermehrung der Kontraktionen wird der Nutzeffekt der letzteren herabgesetzt, die Ernährungsbedingungen geschädigt und der degenerative Zerfall beschleunigt. Nur die rein nervöse Herzschwäche und die einfache Fettauflagerung sollte die einzige absolute Indikation für die Mechanotherapie bilden, dagegen muss das Prinzip der Schonung und Ruhe neben Digitalis und CO_2-Bädern die Hauptsache bei Herzmuskelerkrankungen bleiben.

Die bei nervösen funktionellen Herzstörungen zu wählenden balneotherapeutischen Massnahmen müssen nach Prof. Kisch (Marienbad) nervenberuhigend wirken, also können es nur schwach kohlensäurehaltige oder salzhaltige Bäder von kurzer Dauer sein; von hydriatischen Prozeduren feuchte Einpackungen, Leibumschläge, Wadenbinden, auch lokale Einwirkungen mässiger Temperaturgrade auf das Herz selbst. Milde allgemeine Massage mit passiven Bewe-

Digitized by Google

gungen wirken als Unterstützung der Bäder. Dem mit den Herzbeschwerden häufig einhergehenden Symptome gestörter Magen- und Darmtätigkeit sowie Veränderung der Gesamternährung des Körpers ist durch Trinkkuren sowie rationeller Ernährungstherapie — häufige kleine Mahlzeiten einer kräftigen, leicht verdaulichen Kost — Rechnung zu tragen. Von den Herzmitteln Digitalis, Strophantus etc. sind kleine Gaben eventuell in Verbindung mit Eisenpräparaten empfehlenswert.

Prof. Wenkebach berichtet über zwei Fälle von septischer Endocarditis, bei welchen er das Argentum colloidale Credé, Collargol, mit bestem Erfolge angewendet hat. Wenn auch die strikte Indikation für dieses Mittel noch fehlt, so sprechen doch die die beiden Fälle dafür, dass wir im Argentum colloidale Credé ein für den Menschen unschädliches, aber zugleich äusserst wirksames Blutantiseptikum besitzen. Namentlich sollte es nach Verfasser bei der septischen Endocarditis, wo wir sonst über kein wirksames Mittel verfügen, zeitigst angewendet werden und es ist nicht einzusehen, weshalb man auch bei den ersten Symptomen einer Endocarditis bei akutem Gelenksrheumatismus nicht versuchen sollte, die weitere Ausbreitung des Prozesses auf diese Weise (durch zeitige Abtötung der Bakterien) zu verhindern. Im ersten Falle injiziert Wenkebach 12,5 mg des Metalles in eine oberflächliche Armvene, und zwar als 1%ige Lösung des Collargolum Credé, in den nächsten Tagen je einmal 24—30 mg, im ganzen neunmal. Im zweiten Falle wurden in eine Armvene 50 mg in 2%iger Lösung eingespritzt, die Injektion am nächsten Tage wiederholt, aber weitere Injektionen nicht vorgenommen. Eine ungünstige Reaktion blieb gänzlich aus, dagegen verschwand das Fieber und kehrte nicht wieder.

Zur Behandlung frischer Kompensationsstörungen des Herzens macht Prof. Klemperer (Berlin) folgende Bemerkungen: Kommt der Arzt zu einem Patienten mit starker Dyspnoe und Angstzuständen, die auf Schwäche des linken Herzens beruhen, so pflegt er in einer wohlberechtigten Art von Reflexaktion ein Digitalisinfus zu verschreiben. Es ist eine gute Regel, in frischen und gerade sehr bedrohlichen Fällen diesen Reflex zu hemmen und vorerst eine indifferente Arznei zu verschreiben. Absolute körperliche Ruhe und vor allem die durch ärztlichen Zuspruch hervorgebrachte psychische Beruhigung, allenfalls unterstützt durch kleinste Gaben eines Narkotikums, bewirken oft in 24 Stunden eine so bedeutende Erholung des Herzens, dass man auf Digitalis verzichten kann. Je später man dieses wunderbare Mittel anwendet, desto länger kann man dem Kranken die Wohltat desselben zu Teil werden lassen.

Dr. Thomas (Genf) stellte Untersuchungen mit Spartein an, die ihn zu folgenden Schlüssen berechtigen: 1. Bei chronischen Herzkrankheiten vermag Spartein die Digitalis zu ersetzen oder ihre Wirkung zu unterstützen, ohne ihr gleichwertig zu sein. Wie letztere begünstigt Spartein die Diurese, kräftigt das Herz, vermindert seine Dilatation und reguliert seinen Rythmus. Das Freisein von kumulierenden und giftigen Wirkungen, selbst bei lange fortgesetztem Gebrauche, machen das Spartein zu einem nützlichen und empfehlenswerten Mittel. Die hauptsächlichste Indikation für seine Anwendung sind: Die Myocarditis, besonders die chronische Form, der Beginn der Herzsufficienz, die subjektiven Störungen der Herzaffektionen und des Rythmus, wenn letzterer beschleunigt und unregelmässig ist. 2. Im Verlaufe von Infektionskrankheiten leistet Spartein gute Dienste, wenn es sich darum handelt, die Spannkraft des Herzens zu erhöhen und seine Tätigkeit zu regulieren. Aber es kann, je nach dem Falle, notwendig werden, zu Mitteln zu greifen, deren Wirkung allgemeiner und energischer ist. Was die Verabreichung betrifft, so wurde das Sparteinum sulfuricum in Lösung, in subkutaner Injektion, zuweilen auch in Pillenform gegeben. Im allgemeinen sollen 0,20 innerhalb 24 Stunden nicht überschritten werden und für die subkutane Injektion pflegen 0,05 g dreimal täglich zu genügen.

Zur Frage über die Ätiologie der Herzfehler von Dr. Worobjew (Deutsch. Arch. f. klin. Med.

Digitized by Google

69. Bd. 5. u. 6. H.). — Prof. Hoffmann und Dr. v. Criegern über akute Erweiterung des Herzens auf dem Kongresse für innere Medizin zu Wiesbaden (Ther. d. Gegenw. 6. H.). — Über den heutigen Stand der funktionellen Herzdiagnostik und Herztherapie von Dr. Smith (Berl. Klinik. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 30). — Zur Behandlung der Pulsverlangsamung von Prof. Klemperer (Ther. d. Gegenw. 4. H.). — Dr. Fisch über kombinierte Herztherapie auf dem deutschen Balneologenkongresse zu Stuttgart (Baln. Zentral-Ztg. Nr 22). — Zur Mechano- und Hydrotherapie der Kreislaufstörungen von Dr. Loebel (Blätter f. klin. Hydroth. Nr. 5. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 7. H.). — Dr. Lewinsohn über Mechanotherapie chronischer Herzmuskelkrankheiten auf der deutschen Naturforscherversammlung zu Karlsbad (Ther. d. Gegenw. 10. H.). — Prof Kisch über Bäderbehandlung der nervösen funktionellen Herzstörungen auf dem deutschen Balneologenkongresse zu Stuttgart (Ther. d. Gegenw. 5. H.). — Eine wirksame Behandlung der septischen Endocarditis von Prof. Wenkebach (Ther. d. Gegenw. — Zentralbl. f. d. ges Ther. 6. H.). — Zur Behandlung frischer Kompensationsstörungen des Herzens von Prof. Klemperer (Ther. d. Gegenw. 4. H.). — Klinische Studie über die Anwendung des Sparteins von Dr. Thomas (Rev. méd. d. e. Suisse Nr. 3. — Ther. Monatsh. 6. H.).

Herzwunden. Prof. Sherman (San-Francisco) stellte Versuche mit der Herznaht an Hunden an. Er brachte elf Hunden Herzwunden bei, die er dann vernähte. Beim Anfassen des Herzens mit der Klemmzange blieb zunächst die Systole aus, dann begann das Herz solange rasch und heftig zu schlagen, als die Zange angesetzt blieb. Die Anwendung der Zange ist daher unpraktisch, so dass Verfasser diese später durch Suspensionsfäden aus Seide ersetzte, die er durch das Herz hindurch zog. Den Vorschlag Elsbergs, die Naht nur während der Diastole auszuführen, hält er technisch für unmöglich und überflüssig. Die Gefahr, dass die Nadel auch das Endokard durchstechen könnte, statt nur den Muskel, hält er bei den gebräuchlichen Nadeln für ausgeschlossen. Hunde verwandte Verfasser wegen der Grösse ihres Herzens, sie sind ungeeignet, weil sie kein Mediastinum besitzen, so dass einerseits ein geringer Grad von Pneumothorax nach der Operation bei ihnen unvermeidlich ist, andererseits die Gefahr der Infektion eine besonders grosse wird. So starben dann auch sämtliche Hunde sehr rasch, und es lässt sich kein sicheres Urteil darüber fällen, ob sich die vom Verfasser gewählte Catgutnaht ebenso gut bewährt, wie der von anderen allein empfohlene Seidenfaden. Die Infektionsgefahr ist immer eine recht grosse, da zwei seröse Höhlen (Pleura und Perikard) geöffnet werden müssen.

Dr. Fontan hat bei einem Soldaten, der einen Stich in die Herzgegend erhielt die Herznaht gemacht. Er resezierte die Knorpel der vierten, fünften und sechsten Rippe. Die Herzbeutelwunde wurde erweitert, das Herz vorgezogen mittelst einer Kocherschen Pinzette fixiert. Naht der Herzwunde mit Catgut. Verschluss des Perikards, der Knorpel und Muskelwunde. Die Operation hat drei Viertelstunden gewährt. Injektion von 0.25 g Koffein und 1000 g Serum. Sechs Tage nach der Operation ein embolischer Infarkt der rechten Lunge, linksseitiger Erguss in die Pleura und Phlebitis des rechten Oberschenkels. Nach drei Monaten definitive Heilung. Das Herz verträgt das Verziehen und andere Manipulationen und antwortet darauf nur mit stürmischen Bewegungen aber nicht mit Synkope. Man soll bei Herzwunden nicht die Hände in den Schoss legen, sondern ohne Zögerung eingreifen, wenn die Gefahr drohend ist.

Über Herznaht von Prof. Sherman (Klin.-ther. Wochenschr. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 69). — Dr. Fontan über die Naht der Herzwunden in der Académie médecine zu Paris (Bull. méd. Blätter Nr. 19).

Heufieber. Das Heufieber ist, wie Dr. Thost (Hamburg) ausführt, als eine Reflexneurose im Gebiete der Respirationsnerven aufzufassen, die mit einem Schnupfen beginnt und später in Anfällen von Atemnot mit Störungen des Allgemeinbefindens sich äussert. Wie beim Asthma, wird der Vagus gereizt, speziell der Phrenicus, die Äste des Trigeminus, nach Autors Auffassung aber vor allem auch der Olfactorius. Die Reizung des letzteren Nerven, die Idiosynkrasie desselben gegen gewisse Blütengerüche, scheinen das Eigentümliche des Heufiebers auszumachen, wenn durch vorhergehenden Verschluss des unteren Nasenganges die mit dem Erreger geschwängerte Atmungsluft durch die oberen Partieen der Nase

Digitized by Google

streicht. Daher das lästige Jucken, der Kitzel, der Nasenreiz, schliesslich der Stirnkopfschmerz und der Druck in der Gegend der Nasenwurzel, der fast konstant den Anfall einleitet. Ein absolut sicheres Mittel gegen das Heufieber ist der Wechsel des Klimas und das Aufsuchen eines heufieberfreien Ortes zur kritischen Zeit. Jeder Ort hat entsprechend der Entwickelung seiner Vegetation eine bestimmte Zeit, die nach sicheren Angaben fast in der Regel vier bis sechs Wochen dauert, wo die zum Heufieber Disponierten mit absoluter Sicherheit erkranken, während derselbe Ort als sicher heufieberfrei gelten darf vor und nach der Gräserblüte. Ist an einem Ort die Vegetation sehr mannigfaltig, wie in den Gärten und Parks grosser Städte, wo man auch auswärtige Bäume und Sträucher pflegt, so haben namentlich die älteren und empfindlicheren Heufieberpatienten eine entsprechend längere Leidenszeit, da ihnen oft schon die ersten Frühlingsblumen und auch die später blühenden Gewächse, vor allem die Lindenblüte, gefährlich sind. Völlig heufieberfrei sind nur solche Orte, wo nur sehr geringe, niedrige wenig blühende Vegetation besteht, also das höchste Gebirge, einzelne Nordseeinseln, in erster Linie Helgoland, die Polarzonen, wo nur Moose und Flechten gedeihen, die Salpeterküste des nördlichen Chile und südlichen Peru. In Deutschland sind es von den Gebirgen die, welche wasserreich und reich an Wäldern sind; so wird der Schwarzwald und die Vogesen, auch die Haardt gelobt, während über das Riesengebirge uns meist ungünstige Nachrichten zugingen. Sizilien, Venedig wird gelobt, ebenso Capri, letzteres wird aber von Dietsch, der selbst Heufieberpatient ist, im Frühjahr als dringend zu vermeiden bezeichnet. Was die See anlangt, so ist für Deutschland auffallend der grosse Unterschied zwischen Ost- und Nordsee. Die Orte an der Ostsee, die unter dem Einfluss des Landwindes stehen, gewähren keinen Schutz. Gute Berichte kommen im allgemeinen nur von der Nordsee, und der beste Ort für deutsche Patienten ist nach allen Berichten die Insel Helgoland. Wenn trotzdem auch von da vereinzelte ungünstige Nachrichten einliefen, so muss man annehmen, dass die betreffenden Patienten nur kurze Zeit bei Landwind auf der Insel waren, der im ganzen sehr selten weht, oder dass sie so empfindlich gewesen sind, dass selbst die wenigen auf Helgoland vorhandenen Blumen und Blüten ihnen schadeten.

Über das Heufieber von Dr. Thost. (Münch. und med. Wochenschr. Nr. 18).

Hydrocele. Die operative Behandlung des Wasserbruches der Kinder besteht nach Prof. Englisch (Wien) zunächst in der Punktion mit der Pravazschen Spritze oder einem sehr dünnen Troikart. Dabei muss man sorgsam eine Verletzung des Hodens vermeiden, da eine solche leicht Orchitis oder Blutung in die Scheidenhaut zur Folge hat. Vor dem Einstich muss man sich genau über die Lage des Hodens versichern, was bei dem Durchscheinen und der dünnen Sackwand keinen Schwierigkeiten unterliegt. Um noch sicherer zu gehen, drängt man durch seitliches Zusammendrücken des Sackes die dem Hoden entgegengesetzte Wand stärker vor und vermehrt dadurch auch ihre Spannung, wodurch die Kanüle leichter eindringt. Auch bei dem Wasserbruche älterer Kinder bleibe man bei demselben Verfahren. Das wirksamste Mittel ist die Einspritzung von reizenden Flüssigkeiten in die Höhle. Diese wirkt bei leichter Reizung umstimmend auf die seröse Membran und stellt das Gleichgewicht zwischen Absonderung und Aufsaugung in der Scheidenhaut her. Stärkere Reizung bedingt Verwachsung der Scheidenhaut (Obliteration). Weil vermöge der Zartheit der Wand eine Fortpflanzung der Reizung der Scheidenhaut auf die Umgebung leicht erfolgt, dürfen zu Einspritzungen nur die leichtesten Reizmittel in Anwendung gebracht werden. Obenan steht der Alkohol. Nach vorgenommener Punktion werden bei sorgfältiger Kompression des Leistenkanales 2—3 ccm 90% Alkohols eingespritzt, bleiben fünf Minuten darin und werden dann wieder entleert. Ist die Wand des Sackes dicker, so kann die Flüssigkeit 10—15 Minuten daselbst belassen werden.

Digitized by Google

Nach der Einspritzung beachte man genau die folgende Reaktion, um ihr eventuell durch kalte Überschläge mit oder ohne Bleiessig entgegenzuwirken. Vielfach wurde eine durch Alkohol verdünnte Jodtinktur unter gleichen Bedingungen in Anwendung gezogen (1 : 1). Ob hier nicht der Alkohol allein wirkt, lässt sich nicht bestimmen. Vor allem muss bei der Anwendung von Jodtinktur darauf geachtet werden, dass die Kanüle in dem Sacke liegt; denn eine Einspritzung in das umgebende Zellgewebe würde die schwersten Folgen, ja sogar Gangrän, bewirken können. Es erscheint daher ratsam, vor der Einspritzung der Jodtinktur eine indifferente Flüssigkeit (sterilisiertes Wasser, Borlösung) in den Sack einzuspritzen und wieder zu entleeren, um sich davon zu überzeugen, ob die Kanüle in dem Sacke liegt. Auch eine 3—4% Karbollösung wurde mit gutem Erfolge versucht. Hier ist dieselbe Vorsicht am Platze. Einspritzungen von Lapislösungen sind vollständig überflüssig. Statt der Einspritzung und der Wiederentleerung können bloss einige Tropfen (5—10) eingespritzt und in der Höhle belassen werden, was gleichen Erfolg bringt. Bei der Einspritzung reizender Flüssigkeiten beachte man noch, das die Kanüle rasch ausgezogen wird, damit nicht die in derselben enthaltene Flüssigkeit in das umgebende Unterhautzellgewebe trete. Die Radikalbehandlung durch den Schnitt kann ihre Anwendung nur dann finden, wenn die obigen Verfahren im Stiche gelassen haben. Wird der Radikalschnitt gemacht, so vernähe man die Ränder des Sackes mit der äusseren Haut.

Dr. Coley und Dr. Satterwhite haben die Radikalbehandlung der Hydrocele durch kleine Karbolinjektionen in zahlreichen Fällen angewendet. Es wird in Glycerin gelöstes Carbol. cryst. purum (Merck) einige Decigramm eingespritzt, nachdem man die Flüssigkeit hat ablaufen lassen. Das Verfahren erzeugt eine geringe Reaktion und eignet sich zur ambulanten Behandlung.

Über die Behandlung des Wasserbruches der Kinder von Prof. Englisch (Medico Nr. 6). — Die Radikalkur der Hydrocele durch kleine Karbolinjektionen von DDr. Coley und Satterwhite (Bull. méd. Nr. 18. — Med. Blätter Nr. 17).

Hydrocephalus. Für den kongenitalen Hydrocephalus empfiehlt Dr. Immerwohl (Jassy) als wirksamste Therapie die antiluetische Behandlung mit Jod und Quecksilber und bringt die Krankengeschichte eines derartig geheilten Falles, bei dem nach fünf Jahren noch die Heilung als eine durchaus gelungene zu konstatieren war. Die zweite Krankengeschichte behandelt einen Hydrocephalus nach seröser Meningitis, der nach wiederholt ausgeführter Lumbalpunktion zur Heilung gebracht wurde; diesen Eingriff, den Immerwohl auch als ungefährlich bezeichnet, schätzt Verfasser als bestes Verfahren beim erworbenen Wasserkopf.

Beitrag zur Heilung des Hydrocephalus von Dr. Immerwohl (Arch. f. Kinderheilk. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 1).

Hydrops. Dr. Citron (Berlin) hat einen Fall von schweren universellen Ödemen bei Morbus Brightii, bei dem eine Herzlähmung einzutreten drohte und der allen üblichen internen und sonstigen Heilmitteln trotzte, durch Kreuzschnitte behandelt; dieselben wurden auf die Unterschenkel appliziert, auf sie ein schröpfkopfartiges Hütchen aus Glas gesetzt und dieses durch ein Ansatzrohr mit Aspirationsapparat nach Art der Fürbringerschen in Verbindung gesetzt. Es wurden auf diese Weise, welche jede Durchnässung der Kranken ausschloss, in acht Monaten 50 l Flüssigkeit entleert. Die Kranke hat sich so gut erholt, dass sie jetzt radelt.

Dr. Citron, über die Technik der mechanischen Behandlung des Hydrops im Verein für innere Medizin in Berlin (Ther. Monatsh. 9. H).

Hypnopyrin. Hypnopyrin ist ein Chlorderivat des Chinins, welches nach Dr. Bolognesi analgetische, hypnotische und antipyretische Wirkung besitzt. Gegenüber den ähnlichen Mitteln der aromatischen Reihe besitzt das Hypnopyrin mehrere Vorzüge: es erzeugt keine profusen Schweisse wie das Antipyrin, Phenacetin, Pyramidon u. s. w., ebenso auch keinen Kollaps, ist unschädlich für den Magen und besitzt, ähnlich

Digitized by Google

dem Chinin, eine tonisierende Wirkung. Mehrere Dyspeptiker konnten es in Dosen von 3—4 g täglich ohne jede Störung seitens der Verdauungsorgane nehmen. In Dosen von über 2 g verursacht das Hypnopyrin bei Erwachsenen ähnlich dem Chinin Ohrensausen, welches nach einiger Zeit wieder verschwindet. Hautausschläge, wie nach Antipyrin, wurden nach Hypnopyrin nie beobachtet. Auffällig ist die schmerzstillende Wirkung des Mittels. Schon einige Minuten nach Einnahme von 0,50 g verschwinden nicht zu heftige Schmerzen gänzlich', ebenso Migräneanfälle, und die Wirkung hält mindestens fünf Stunden an. Bei Schlaflosigkeit infolge von Schmerzen tritt bald ruhiger Schlaf ein. Seine Fieberwirkung hingegen ist ziemlich gering. Es erzeugt keine plötzlichen Abfälle der Temperatur. Eine Dosis von 0,50 g bewirkt für einige Stunden eine Abnahme der Temperatur um 0,5°. Das Mittel hat sich in mehreren Fällen von Influenza, bei akuten Infektionskrankheiten, auch bei Tuberkulose als mildes Fiebermittel gut bewährt. Bei Neuralgien, Herzkrankheiten, Kopfschmerzen, Migräne u. s. w. war das Hypnopyrin selbst dann von Erfolg, wenn andere Mittel versagt hatten. Auch in mehreren Fällen von akutem Gelenksrheumatismus wurde das Mittel zusammen mit Salicyl verabreicht, und zwar wurden 0,25 g Hypnopyrin und 0,75 g Natr. salicyl. auf ein Pulver gegeben, von denen zwei bis vier täglich genommen wurden. Der Einfluss auf die Schmerzen und die Temperatur war ein auffälliger. Man gibt das Hypnopyrin wegen seiner Bitterkeit am besten in Oblaten oder in Form eines Sirups.

Hypnopyrin von Dr. Bolognesi (Klin.-therap. Wochenschr. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 10.

I und J.

Ichthyolpräparate. Für sensible Patienten verordnet Dr. Unna (Hamburg) Ichthyol-Eisen und Ichthyol-Calcium in komprimierten Tabletten zu 0,1. Als Indikationen hiefür führt er an: 1. Alle chronischen Angioneurosen und chronische Urticaria, Lichen urticatus der Kinder (1 bis 2 g täglich). 2. Fälle von Chlorose und Anämie bei chronischen Infektionskrankheiten der Haut (Lupus, Lues) und insbesondere bei universellen Ekzemen anämischer Personen, seborrhoische Alopecie der Frauen. 3. Als noch nicht genügend bekannte Indikation wären die Varicen der Unterschenkel bei anämischen Frauen zu erwähnen, da das Ichthyol ein hervorragendes Mittel, das lange fort genommen, bei varikösen Beschwerden hilft. 4. Fälle, wo eine lange anhaltende Arsenmedikation durchzuführen ist, da der nebenher fortgesetzte Gebrauch des Ichthyoleisens erlaubt, die Arsengaben zu steigern und die Darmwirkungen des Arsens fernhält. Bei Kindern mit empfindlichem Magen bewährt sich besonders Ichthyolcalcium in Tabletten zwei- bis dreimal täglich in Milch verrührt.

Dr. Guttmann (Breslau) unterzog das Ichthargan bei 61 Augenkranken einer eingehenden Prüfung und gelangte zu folgendem Schluss. Beim Schwellungskatarrh erweist sich das Ichthargan als wirksam, jedoch ohne die bisherigen Mittel entbehrlich zu machen; bezüglich der Blennorrhoea neonatorum sind noch weitere Versuche zu empfehlen. Bei der Dakryocystoblennorhoe ist das Präparat zur Beseitigung der Eitersekretion sehr nützlich, seine Hauptwirkung aber entfaltet es bei den secernierenden Formen des Trachoms. Besonders für die medikamentöse Behandlung des Pannus ist es eines der brauchbarsten Mittel, die wir zur Zeit besitzen. Das Ichthargan wurde als Tropfmittel bei leichten Erkrankungen in 0,5%, bei schwereren in 1% und hin und wieder auch in 2% Lösung angewandt. Eine Neutralisation der eingeträufelten Lösung, die selbst in der stärkeren Konzentration keine nennenswerten Schmerzen, sondern höchstens ein kurze Zeit anhaltendes Brennen verursacht, ist nicht notwendig. Auch ohne dieses wird das Mittel vom Auge ausgezeichnet vertragen. Hornhautero-

Digitized by Google

sionen wurden selbst durch stärkere Lösungen in ihrer raschen Heilung mit restitutio ad integrum nicht gestört; nur die 5%ige Lösung brachte eine länger dauernde Nebula corneae zu Wege. Im Körnerstadium des Trachoms ist allerdings der Kupferstift vorzuziehen.

Ichthyol-Eisen und Ichthyol-Calcium von Dr. Unna (Monatsh. f. prakt. Dermat. 32. Bd. 5. H. — Prag. med. Wochenschr. Nr. 9). — Ichthargan in der Augenheilkunde von Dr. Guttmann (Woch. f. Ther. u. Hyg. — Medico Nr. 25).

Immunität, Immunisierung und Serumtherapie. Die komplizierten Vorgänge der künstlichen Immunität können, wie Dr. Weichardt (Dresden) ausführt, mittelst der Ehrlichschen Seitenkettentheorie in befriedigender Weise erklärt werden. Gewisse Atomgruppen des Zellprotoplasmas besitzen die Fähigkeit, die von Bakterien produzierten Toxine an sich zu fesseln. Das sind die sogenannten Rezeptoren. Werden diese Rezeptoren von Toxinen verankert, so bedeutet das eine Schädigung im Zellleben. Nach dem biologischen Gesetze der Überkompensation werden die Rezeptoren von den geschädigten Zellen ersetzt, nicht nur einfach, sondern mehrfach. Der Überschuss der zu reichlich gebildeten Rezeptoren gelangt ins Blut. Je mehr von diesen Rezeptorengruppen ins Blut gelangen, umsomehr Antitoxine besitzt das Blutserum des betreffenden Individuums. An den Toxinen wird eine haptophore und eine toxophore Atomgruppe unterschieden. Die haptophore Gruppe hat die Fähigkeit, das Toxin an die auf sie abgestimmte Rezeptorengruppe des Zellprotoplasmas zu fesseln. Der toxophoren Gruppe kommt die Giftwirkung des betreffenden Toxins zu. Die toxophore Gruppe des Toxins ist im Gegensatz zur haptophoren wenig haltbar, wird durch Wärme und mit der Zeit zerstört. Das Toxin wird dann in eine ungiftige Modifikation, in das Toxoid umgewandelt. In diesem ist die haptophore Gruppe dieselbe wie im Toxin geblieben. Da nun die resistentere haptophore Gruppe der Toxine auf die Rezeptoren des Zellprotoplasmas einwirkt, so ist nur sie es, die haptophore Gruppe, welche eine Vermehrung und Abstossung der Rezeptoren anregt. Es ist demnach, da die durch Wärme veränderten Toxine, die ungiftigen Toxoide, diese haptophore Gruppe, unverändert beibehalten, die Möglichkeit gegeben, durch wiederholte Einführung ungiftiger Toxoide Immunkörper gegen die Toxine herzustellen. Dieser Umstand ist für die Immunserumgewinnung von ausserordentlicher Wichtigkeit geworden. Die Antitoxine eines Serums sind also nichts weiter, als die in das Blut abgestossenen Rezeptorengruppen. Metschnikoff und seine Schule bewiesen, dass die Immunkörperbildung in den Leukocyten vor sich geht. In Deutschland neigen die Führenden mehr der Ansicht zu, dass die Leukocyten recht wohl als Immunkörper bildende Zellen anzusehen sind, dass aber auch andere Organzellen bei der Immunkörperbildung eine Rolle spielen. Die Toxinwirkung wird durch das Antitoxin auch ausserhalb des Organismus, im Reagensglase, aufgehoben. Dieser Vorgang ist ein rein chemischer. Toxine und Antitoxine sind weiterhin dem Gesetze der Multipla unterworfen, d. h. sie binden sich in dem Verhältnisse einer reinen Aquivalenz. Wenn nämlich eine bestimmte Menge Toxin von einer bestimmten Menge antitoxinhaltigen Serums gebunden wird, so wird die fünffache, ja die 100fache Menge Toxin auch von der fünf resp. genau 100fachen Menge Heilserum unschädlich gemacht. Auf diesem Gesetze beruht die leichte und sichere Anwendbarkeit der antitoxischen Sera, ihre praktische Bedeutung. Der tierische Organismus besitzt nicht nur die Fähigkeit gegen Zellprodukte der Bakterien (Toxine) sondern auch gegen die Bakterien selbst Antikörper zu erzeugen. Hierauf beruht die Bildung von baktericiden Immunseris im Gegensatze zu den antitoxischen Immunsera. Injiziert man z. B. ein Tier mit Cholerabacillen, so werden im Organismus keine Antitoxine, sondern nur sogenannte Cytolysine gebildet, welche nur die Bacillen und nicht die Toxine zu vernichten im stande sind. Ehrlich zeigte, dass alle Cytotoxine aus zwei Körpern bestehen, aus dem beständigen Zwischenkörper und

Digitized by Google

dem äusserst labilen Komplement. Ersterer, auch Ambozeptor oder Fixateur genannt, besitzt zwei haptophore Gruppen, die eine greift an den Rezeptor der Körperzelle an, die andere an das Komplement. Das Komplement entspricht in seinem chemischen Bau einem Toxin mit haptophorer und toxophorer Gruppe. Der Zwischenkörper wird einzig und allein bei der Immunisierung eines Tieres gegen Zellen, bei der Cytotoxinbildung, produziert. Durch seine Vermittelung erst wird die toxophore Gruppe des Cytotoxins, das Komplement, Alexin, wie es Buchner nennt, an die Zelle gekettet, und kann seine auflösende Wirkung auf dieselbe entfalten. Diese Komplemente nun haben eine frappante Ähnlichkeit mit den eiweissverdauenden Fermenten. Sie sind äusserst labile Körper und werden schon durch relativ niedere Wärmegrade und schon nach kurzer Zeit zerstört und in Komplementoide übergeführt. Die Komplemente kommen in jedem normalen Körper vor und werden nicht, wie die Zwischenkörper, bei dem Immunisierungsprozesse vermehrt; sie sind aber, nach der Ehrlichschen Vorstellung, das eigentlich Wirksamen am Cytolysin, der Zwischenkörper spielt nur die Rolle des Bindegliedes, nach der Bordetschen Anschauung macht der Zwischenkörper die Zelle nur geeignet für die Einwirkung der Komplemente. Die Wirkung der baktericiden Sera ist von einer grossen Reihe oft sehr variabler und schwer zu überblickender Faktoren abhängig. Dem Gesetze die Multipla, das die leichte Dosierbarkeit und sichere Anwendbarkeit der antitoxischen Sera in der Praxis bedingt, können die baktericiden Sera nicht unterworfen sein. Trotzdem sind auch hier in der letzten Zeit sehr beachtenswerte Fortschritte für die Praxis gemacht worden. Besonders wichtig war es, dass man lernte, die sogenannte aktive und passive Immunisierung zu kombinieren. Bekanntlich ist ein Körper, dem von einem anderen Individuum stammende Antitoxine oder Immunkörper beigebracht worden sind, passiv immun. Diese Art von Immunität tritt zwar sofort nach der Injektion ein, schwindet aber relativ bald wieder, da die dem Organismus fremden Bestandteile in kurzer Zeit ausgeschieden werden. Die aktive Immunität wird durch die Tätigkeit des Organismus selbst erworben. Es dauert natürlich ungleich länger, ehe die aktive Immunität eintritt, aber dafür bleibt sie, einmal erworben, zumeist sehr lange bestehen. Zu gleicher Zeit mit den Immunkörpern werden im Organismus auch sogenannte Agglutinine gebildet, das sind hitzebeständige Substanzen, welche die Fähigkeit besitzen, die entsprechenden Bacillen zu Häufchen zusammen zu ballen. Endlich seien hier noch die Hämolysine erwähnt. Injiziert man einem Meerschweinchen rote Blutkörperchen des Kaninchens, produziert der tierische Organismus ein Hämolysin, welches nur die roten Blutkörperchen des Kaninchens löst, keine andere Zellart. Analog dem Hämolysin bilden sich andere, ähnliche Stoffe, wenn man an Stelle roter Blutkörperchen andere Zellarten injiziert. Man fasst alle diese Zellgifte nach Metschnikoff unter dem Namen der Cytolysine zusammen. Genau wie das Hämolysin nur gegen die roten Blutkörperchen wirkt, so wirkt auch jedes andere Cytolysin ebenso nur gegen diejenige Zellart, durch deren Einführung es vom Tierkörper hervorgebracht wurde. Was geschieht nun, wenn man wiederum, ein solches Cytolysin einem anderen Tiere injiziert? Es bilden sich Anticytolysine. Auch die Anticytolysine bestehen aus Antizwischenkörper und Antikomplement. Das Antikomplement greift an das Komplement an, und der Antizwischenkörper an den Zwischenkörper.

Eine der Schutzvorrichtungen gegen die Wirkung der Bakterien stellt die Bildung bakterienfeindlicher Stoffe im Körper selber dar. Dass sich solche Stoffe bei der Fäulnis bilden, ist längst bekannt. Aber auch der lebende Körper vermag, wie Dr. Conradi zeigt, durch Autolyse, die grösstenteils wohl mit den nekrobiotischen Vorgängen zusammenfällt, derartige Substanzen zu erzeugen. Conradi hat eine grosse Reihe von Organen, teils aseptisch teils antiseptisch, der Autolyse überlassen und die entstandenen Säfte auf ihre Wirkung verschiedenen Bakterienarten gegenüber untersucht. Bei einigen Organen

Digitized by Google

wurde daneben die Wirkung der frischen Presssäfte geprüft. Von den autolysierten Organen entfalteten eine deutlich hemmende Wirkung: Muskeln, Lymphdrüsen, Leber, Milz, Hode, Thymus, Nebennieren, Duodenum. Von den untersuchten Presssäften zeigte nur der aus Lymphdrüsen gewonnene eine deutlich hemmende Wirkung. Ob es sich nun um eine baktericide Substanz oder um eine Reihe solcher Substanzen handelt, muss noch dahin gestellt bleiben. Ermittelt konnte werden, dass die Substanz durch Kochhitze nicht zerstört wird, sich durch Tonkerzen filtrieren lässt, nicht durch pulverförmige Stoffe absorbiert wird, durch Membranen diffundiert, in Alkohol löslich ist und daraus durch Äther niedergeschlagen wird. Die Substanz gibt ferner Millonsche Xanthoprotein und Bromreaktion. Sie gehört also vermutlich zu den hydrolytischen Spaltungsprodukten der Proteinstoffe.

Prof. Ehrlich und Dr. Morgenroth (Frankfurt a. M.) behaupten, dass die in einem normalen Serum vorhandenen Hämolysine, die auf verschiedene Blutkörperchenarten einwirken, nicht eine einheitliche Substanz im Sinne von Buchners Alexin darstellen, sondern dass eine grosse Anzahl verschiedenartiger, gleichzeitig nebeneinander bestehender Substanzen in Betracht kommt. Ebenso glauben sie, dass im Blutserum eine grosse Zahl von „Komplementen" gleichzeitig nebeneinander besteht. Neuerdings trachten Autoren nachzuweisen, dass auch Immunkörper komplexer Natur sind. Sie fanden die bei Ziegen und Gänsen durch Behandlung mit Ochsenblutkörperchen entstehenden Immunkörper ganz erheblich, wenn nicht vollkommen, die bei Meerschweinchen, Ratte und Hund entstehenden partiell von denen des Kaninchens verschieden. Da wahrscheinlich die Verhältnisse für die Bakterien ähnlich liegen, so ziehen sie den praktischen Schluss, dass die Darstellung bakterici-der Sera nicht, wie es bisher üblich ist, bei einer einzigen Tierspezies zu versuchen ist, sondern dass Heilsera durch Mischung der Immunsera von Tieren herzustellen sind, die in ihrem Rezeptorenapparat möglichst verschieden sind. Mit der Mannigfaltigkeit der Immunkörper findet auch eine Vermehrung der verschiedenen komplementophilen Gruppen statt. Auch dieses wird den Erfolg der Heilsera, die möglichst verschiedene Heilsera enthalten, erhöhen, weil dadurch die Wahrscheinlichkeit wächst, dass die im Körper selbst, speziell in dem des Menschen vorhandenen Komplemente möglichst zahlreich in Aktion treten können.

Nach Dr. Wilde sind genügende Mengen von abgetöteten Milzbrand-, Cholera und Typhusbakterien im stande, bei entsprechend langem Kontakt Rinder-, Hunde- und Kaninchenserum aller baktericiden und hämolytischen Eigenschaften gegenüber verschiedenen Arten von Bakterien und Erythrocyten zu berauben, ein Verhalten, das mit der Buchner - Bordetschen Auffassung von der Einheit der Alexine durchaus übereinstimmt und sie wiederum bestätigt, während es sich nach der Ehrlich-Morgenrothschen Theorie von der Mehrheit der im Blutserum enthaltenen Hämo-, bezw. Bakteriolysine nur schwer erklären lässt.

Dr. Hedinger (Königsberg) studierte die hämolytischen Eigenschaften von Blutserum verschiedener Herkunft, das aus therapeutischen oder diagnostischen Gründen durch Punktion einer Armvene gewonnen wurde. Bei Typhus, in verschiedenen Stadien der Erkrankung, Pneumonie, Scharlach, Kompensationsstörungen, Pyämie, Coma diabeticum, Nephritis ohne Urämie war die Hämolyse ganz normal. Alle diese Sera zeigten in inaktiviertem Zustande eine starke Agglutination der roten Blutkörperchen um so intensiver, je prompter die Hämolyse eintrat. Auf der Höhe der Urämie bei Nephritis kam sowohl in unverändertem, als auch mit inaktivem Serum versetztem Serum keine Hämolyse zu stande; erst mit dem Abklingen der Urämie stellten sich wieder normale Lösungsverhältnisse ein, gleichzeitig kam es bei blossem Zusatz inaktivierten Serums wieder zu starker Agglutination. In einem Falle von Urämie (Scharlachnephritis) dauerte die gestörte Hämolyse noch lange fort, als schon die klinisch erkennbaren urämischen Erscheinungen vorüber waren. Während bei Transsudaten die Hämolyse

Digitized by Google

meist gut war, bestand bei Exsudaten eine ausgesprochene Hemmung der Hämolyse, ohne dass sich bei der wenig scharfen Grenze beider ein bestimmtes Gesetz aufstellen liesse.

Prof. Pfeiffer und Dr. Friedberger (Berlin) suchten festzustellen, ob im Blute normaler Tiere, entsprechend der Anwesenheit von Schutzstoffen gegen verschiedene Bakterienarten, auch verschieden wirkende bakteriolytische Stoffe vorkommen. Es gelang, nachzuweisen, dass die Zwischenkörper des normalen Ziegenserum, die auf Cholera wirken, von den auf Typhus wirkenden verschieden sind, dass das Serum nach Ausfällen mit einer Bakterienart seine Wirksamkeit gegen diese einbüsst, selbst in gesteigerter Dosis keinen Schutz mehr gegen diese Bakterienart bietet. Wahrscheinlich gibt es aber nicht bestimmte spezifische Ambozeptoren für alle Bakterienarten, sondern man kann annehmen, dass für viele verwandte Arten je ein differenter Zwischenkörper vorhanden ist.

Verschiedene Mikroorganismen produzieren nach Dr. Kraus (Wien) neben Hämolysinen noch Bakteriohämagglutinine. Die Hämagglutinine sind ebenso labil, wie die Hämolysine, indem sie bei 58° zu grunde gehen. Normales Serum von Tieren ist zumeist nicht im stande, die Hämagglutination zu paralysieren, wohl aber die Hämolyse. Die Hämagglutine werden durch spezifische Immunsera ebenso paralysiert, wie die Hämolysine. Beide Prozesse sind selbständig und unabhängig voneinander. Die Hämolyse steht mit Hämagglutination in keinem Zusammenhange.

Prof. Wendelstadt (Bonn) gelangte zu folgenden Ergebnissen: Das Serum eines Kaninchens, welchem subkutan oder intraperitoneal Blutegelextrakt eingespritzt worden ist, übt eine abschwächende Wirkung auf Blutegelextrakt aus. Diese abschwächende Wirkung wird durch einen im Tierkörper gebildeten Antikörper hervorgebracht. Dafür spricht die Art der Entstehung und die Möglichkeit, einen Antikörper des Antikörpers zu erzeugen. Die Bildungsstätten für den Antikörper sind in erster Linie das Pankreas, dann die Leber und die Nieren.

Immunsubstanzen, wie das Diphtherieantitoxin, Typhusagglutinin, können, wie Dr. Kraus und Dr. Eisenberg (Wien) ausführen, dem tierischen Organismus einverleibt, keine Gegensubstanzen hervorrufen. Nach Behandlung der entsprechenden Tierart mit Laktoserum gewinnt man ein Antilaktoserum.

Dr. Aronson (Berlin) gelang es, ein Serum herzustellen, welches Mäuse gegen Streptokokkeninfektion mit Sicherheit schützt und die schon erkrankten Mäuse in der Mehrzahl der Fälle, je nach der Zeit der Anwendung des Serums, heilt. Versuche am Menschen sind ebenfalls schon angestellt, jedoch noch nicht zum Abschluss gebracht. Endlich konnte mit Hilfe dieses Serums und der Agglutinationsreaktion gezeigt werden, dass sämtliche Streptokokkenarten und auch diejenigen der Pferdedruse (wenigstens nach Passage des Mäusekörpers) identisch sind. Die von verschiedensten Krankheiten (Angina, Scharlach, Erysipel etc.) gewonnenen Streptokokken verhielten sich gegen das Serum völlig gleich; ebenso aber auch gelang es mit allen die gleichen Erkrankungen im Experiment zu erzeugen.

Dr. F. Meyer (Berlin) leugnet die Einheitlichkeit der Streptokokken. Er glaubt, dass die blosse Tierpassage die Streptokokken wesentlich verändern kann, z. B. agglutinierte ein bestimmtes Serum, welches durch Mäuse-Streptokokken gewonnen war, die zur Immunisierung verwandten Kulturen stark, dagegen nicht solche Streptokokken, welche er aus dem menschlichen Körper gewonnen hatte. Wenn er aber diese menschlichen Streptokokken durch den Organismus der Maus hindurchschickte, so gewannen sie die Agglutinierbarkeit durch jenes Serum. Aber nicht alle Streptokokkenstämme, welche er aus dem menschlichen Körper gewinnen konnte, liessen sich durch die Tierpassage derartig verändern, dass sie durch jenes Serum agglutinierbar wurden. Auf diese Weise kommt Meyer zu dem Schluss, dass es zunächst zwei absolut verschiedene Gruppen von Streptokokken gebe, die in groben Zügen als die bei pyämischen Erkrankungen und die bei anginösen Erkrankungen (Angina follicularis, Scharlach, Gelenkrheumatismus etc.)

Digitized by Google

vorkommenden getrennt werden können. Aber auch innerhalb jeder dieser beiden Gruppen bestehen wenigstens graduelle Verschiedenheiten. Daraus lassen sich nach Meyer zwei Schlüsse für die Praxis ziehen: erstens, dass es unwahrscheinlich sei, durch Immunisierung mit einer Streptokokkenart ein gegen jede Streptokokkenerkrankung wirksames Serum zu gewinnen, und zweitens, dass es nicht ohne weiteres angängig sei, die durch Tierpassage virulent gemachten Streptokokken, selbst wenn sie sich beim Tier als sicher wirksam erwiesen haben, nun auch als ebenso prompte Heilmittel für den Menschen zu empfehlen. Will man gegen die menschlichen Streptokokken immunisieren, so muss man dem serumliefernden Tier nach dieser Anschauung die vom Menschen stammenden Kulturen injizieren, ohne sie vorher durch ein anderes Tier zu schicken.

Dr. Besiedka erzeugt einen Impfstoff durch das Vermischen der Mikroben mit Serum und Waschen der Mikroben nach 24 Stunden, um das freie Serum vollständig wegzubringen. Man erhält dann eine halbflüssige Substanz, die in physiologischer Wasserlösung zerfällt und in derselben eine weisse, homogene Emulsion bildet. Diese Anticholera- und Antityphus-Vaccine vereinigt alle Vorteile, welche die Impfung mit Mikroben und mit Serum bietet und entbehrt die Nachteile der beiden Verfahren. Die Immunität dauert hier bis acht Wochen oder mehr.

Bezüglich der Lymphdrüsenschwellung bei der Skrofulose und der Syphilis hebt Prof. Ribbert (Marburg) hervor, dass es sich in diesen und anderen analogen Fällen nicht um eine Lokalisation der lebenden Entzündungserreger in den Drüsen handle, sondern dass dabei zweifellos eine Toxinwirkung in Betracht komme, und zwar in dem Sinne, dass die Lymphdrüsen die Organe darstellen, welche unter dem Einfluss der Gifte sehr wesentlich an der Entstehung der Immunität beteiligt sind. Bei einer Hyperplasie produzieren sie vermutlich antitoxische oder baktericide Substanzen.

Moderne Immunitätslehre von Dr. Weichardt (Münch. med. Wochenschr. 1901 Nr. 51). — Über die Bildung baktericider Stoffe bei der Autolyse von Dr. Conradi (Beitrag z. chem. Phys. u. Pathol. — Schm. Jahrb. 273. Bd. 1. H.). — Über Hämolysine von Prof. Ehrlich und Dr. Morgenroth (Berl. klin. Wochenschr. — Schm. Jahrb. 273. Bd. 1. H.). — Über die Absorption der Alexine durch abgetötete Bakterien von Dr. Wilde (Berl. klin. Wochenschr. — Schm. Jahrb. 274. Bd. 4. H.). — Klinische Beiträge zur Frage der Hämolyse von Dr. Hedinger (Deutsch. Arch. f. klin. Med. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 43). — Über die im normalen Ziegenserum enthaltenen bakteriolytischen Stoffe von Prof. Pfeiffer und Dr. Friedberger (Deutsche med. Wochenschr. — Schm. Jahrb. 274 Bd. 4. H.). — Über Bakteriohämagglutinine und Antihämagglutinine von Dr. Kraus (Wien. klin Wochenschr. — Med. Blätter Nr. 6). — Über einen Antikörper gegen Blutegelextrakt von Prof. Wendelstadt (Arch. de pharm. et de therap. — Therap. Monatsh. 8. H.). — Über Immunisierung mit Immunisubstanzen von DDr. Kraus und Eisenberg (Zentralbl. f. Bakt. 31. Bd. 5. H.) — Dr. Arronson über Streptokokken und Antistreptokokkenserum in der Berliner medizinischen Gesellschaft (Münch. med. Wochenschr. Nr. 30). — Zur Einheit der Streptokokken und die Agglutination der Streptokokken von Dr. Mayer (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 40 und Deutsche med Wochenschr. Nr. 42. — Med. Woche Nr. 43). — Die aktive Impfung gegen Pest, Cholera und Typhus von Dr. Besiedka (Med. Blätter Nr. 36). — Lehrbuch der speziellen Pathologie und der speziellen pathologischen Anatomie. Leipzig, Vogels Verlag, 1902.

Impotenz. Prof. Zabludowskis (Berlin) Methode der Behandlung der Impotentia virilis bezweckt in erster Linie, starke Blutschwankungen in den affizierten Organen hervorzurufen. Dies wird in einfacher und bequem auszuführender Art durch wiederholte Umschnürung der Wurzel des Penis und der Basis des Hodensackes mit einem elastischen Gummischlauche von etwa 8 mm Durchmesser und 100 cm Länge, dann durch Melkbewegungen an den Samensträngen und durch Torsionen derselben erreicht. Ausserdem kommen zur Anwendung mehr oder weniger ausgedehnte Erschütterungen, intermittierende Drückungen, Knetungen, Klopfungen des bei der entsprechenden Technik diesen Manipulationen gut zugänglichen Urogenitalgebietes. Die Massagemanipulationen im engeren Sinne, die passiven Bewegungen, wirken ausschleifend (einleitend) für die auf dem Wege der Reflexe und der Willensimpulse auszulösenden Bewegungen bei der sexuellen Tätigkeit. Neben den passiven

Digitized by Google

Bewegungen wird von denjenigen duplizierten Bewegungen „Widerstandsbewegungen" Gebrauch gemacht, welche die benachbarten Muskeln am Abdomen und an den unteren Extremitäten in Tätigkeit bringen und dabei Mitbewegungen der für solche Übungen unmittelbar schwer zugänglichen Muskeln des Genitalapparates hervorrufen. Zabludowski stellt folgende Indikationen für die Methode auf: 1. Protrahierte Hoden-, Nebenhoden- und Samenstrangentzündungen im Stadium decrementi des Prozesses, traumatischen oder gonorrhoischen Ursprungs. 2. Funktionsstörungen, wie Impotentia coeundi et generandi, resp. Priapismus mit geringen anatomischen Erscheinungen an den Hoden und Adnexen. 3. Fälle, in denen die Funktionsstörungen am Urogenitalapparat primär auftreten, als partielle Erscheinungen psychischer oder nervöser Alterationen und wo die Funktionsstörungen nach ihrem längeren Bestehen entzündliche Reizungen verursacht haben. 4. Fälle, in welchen üble Gewohnheiten oder zu energische lokale oder allgemeine Kuren sowohl örtliche Reizzustände, bestehend in abnormen Sensationen, als auch allgemeine Gemütsdepression hervorrufen. 5. Fälle, welche mit einer Verkürzung des Samenstranges einhergehen, und zwar nicht nur in Form einer erworbenen, sondern auch einer angeborenen Erkrankung, einer Kryptorchidie leichteren Grades. 6. Atrophien am Genitalapparat, durch willkürliche oder unwillkürliche Abstinenz bedingt (Atrophia ex inactivitate). 7. Sensibilitätsstörungen, mögen es Anästhesien (hysterische Formen), Hyperästhesien und Parästhesien (testis irritabilis, Neurosen der Urethra) oder Motilitätsstörungen, irritative Formen (Pollutionen, ejaculatio praecox) und atonische (Spermatorrhoe, mangelhafte Erektion) sein. 9. Pathologische Sekretionen aus der Urethra: chronische Gonorrhoe bei Urethritis posterior, Prostatorrhoe.

Prof. Eulenburg (Berlin) hat in zahlreichen Fällen neurasthenischer Impotenz subkutane Injektionen von Yohimbin mit Erfolg angewendet. Er benutzte eine 2%ige Lösung. Die Verordnung lautet:

Rp.: Yohimbini 0,2
solve in
Aq. dest. sterilisat. 10,0
D. ad vitr. fusc.

S. 2%ige Yohimbinlösung zur subkutanen Injektion (0,5—1,0 pro dosi).

Eulenburg beginnt mit der Injektion einer halben Spritze (= 0,01 Yohimbin) dieser Lösung und steigt bei ausbleibender oder ungenügender Wirkung rasch zu höheren Gaben. Die Einspritzungen werden anfangs täglich, nach eingetretener Wirkung nur alle zwei oder drei Tage wiederholt und nach etwa 20maliger Vornahme für längere Zeit ausgesetzt.

Die Schuld der Misserfolge bei der Yohimbindarreichung trägt nach Dr. Bergers (Berlin) Ansicht hauptsächlich die unrichtige Auswahl der Patienten. Nur die reinen, nicht auf einer konstitutionellen oder organischen Erkrankung beruhenden Formen der funktionellen Impotenz sind dieser medikamentösen Therapie zugängig. Jede akute oder chronische Entzündung der Unterleibsorgane oder Hyperämie derselben bildet eine Kontraindikation derselben. Auch das Alter, besonders in höheren Jahren wird nur geringe Erfolge aufweisen. Unter Berücksichtigung dieser Punkte wird nach Autor das Yohimbin Spiegel stets ein ungefährliches und in seiner Wirkung gutes Mittel bleiben, das wir vorläufig durch kein besseres zu ersetzen im stande sind.

Prof. Zabludowski über die Therapie der Erkrankungen der Hoden und deren Adnexe auf der deutschen Naturforscherversammlung in Karlsbad (Med. Woche Nr. 47). — Behandlung der Impotenz mit Yohimbin von Prof. Eulenburg (Deutsch. med. Wochenschr. Nr. 22). — Weitere therapeutische Erfahrungen über Yohimbin von Dr. Berger (Münch. med. Wochenschr. Nr. 2).

Infektionen. Bei der lokalen Behandlung der chirurgischen Infektionen ist nach Prof. Lexer (Berlin) bald der schärfste Angriff, bald die grösste Schonung indiziert. Lexer unterscheidet drei Gruppen: 1. toxische Wundinfektion, z. B. durch Schlangenbiss. Dabei ist eine Verminderung der Giftmenge durch Excision der Wunde oder breite Incision zu erstreben, wobei das Messer dem Thermo-

Digitized by Google

kauter vorzuziehen ist. 2. Wundinfektion durch Bakterien, die selbst in die Blutbahn gelangen oder deren Toxine zur Resorption gelangen können. Beim äusseren Anthrax soll man den Karbunkel ruhig stellen; durch Incisionen werden nur Wege für Fortschreiten der Infektion eröffnet. Die Furcht vor Allgemeininfektion durch Operation spielt auch bei den Phlegmonen eine grosse Rolle. Jeder Reiz des entzündeten Gewebes ist zu vermeiden; Priessnitzsche Umschläge und Kataplasmen sind nur in beschränktem Masse zu verwenden. Bei Eiterbildung Incision mit nachfolgender trockener Tamponade; bei der Nachbehandlung feuchte Tamponade erst nach Heilung der Entzündung. Trockene Tamponade empfiehlt er ganz besonders für Wunden mit fauligen Prozessen. 3. Tetanus, Lyssa, Rotz. Bei Tetanus ist trotz energischer Serumtherapie die möglichst frühzeitige Exstirpation der die Eingangspforte darstellenden Wunde, bei grösseren Quetschwunden Amputation vorzunehmen. Beim Hundebiss muss auf Offenhaltung und Glättung der Wunde gehalten werden. Der Thermokauter soll nicht verwandt werden. Beim Rotz ist möglichst frühzeitige Amputation zu erstreben; wo das nicht angängig, möglichst ausgedehnte Incisionen, dabei aber Reiz der Wunde, z. B. durch Auskratzen zu vermeiden.

Prof. Lexer über lokale Behandlung chirurgisch wichtiger Infektionen in der Berliner medizinischen Gesellschaft (Med. Woche Nr. 52).

Influenza. Dr. Stekel (Wien) befürwortet bei der Therapie der Influenza die Darreichung des Chinins, das, in genügend grossen Dosen und zur rechten Zeit gegeben, die Krankheit coupieren kann. Erwachsenen gibt man gewöhnlich 0,5 g Chinin. muriat. oder sulfur., im ganzen dreimal halbstündlich, Kindern unter sechs Jahren in zweimaliger Dosis Chinin. tannic. und zwar so viel Dezigramm, als das Kind Jahre hat. Für sehr empfindliche Patienten, für Kinder und die Praxis aurea kann man mit grossem Vorteil das Euchinin verwenden. Zu beachten ist, dass sich das Mittel nur dann bewährt, wenn es gleich in den ersten Tagen der Krankheit gegeben werden kann. Von kalten Bädern hat Verfasser keinen Nutzen gesehen, dagegen werden kalte Waschungen, Teil- und Schwammwaschungen des ganzen Körpers ebenso wie häufig gewechselte Stammumschläge vorzüglich vertragen und sind ein wirksames Unterstützungsmittel in der Hand des streng individualisierenden Arztes. Die Herzbeschwerden werden sehr günstig von einem Winternitzschen Kühlschlauch beeinflusst, den man den ganzen Tag liegen lassen kann. Sind die Erscheinungen bedrohlichere, kommt es zu Vagusstürmen, so leistet die Digitalis wertvolle Dienste, während Strophantus von geringerer Wirkung zu sein scheint. Sehr streng ist darauf zu achten, dass die Patienten so lange liegen bleiben, als sich noch Spuren irgend einer Herzalteration zeigen, oder so lange der Puls eine veränderte Qualität aufweist. Die Nachkrankheiten der Influenza sind bekanntlich viel gefährlicher als die Influenza selber.

Zur Therapie der Influenza von Dr. Stekel (Klin.-therap. Wochenschr. — Medico Nr. 48).

Inhalationen. Wenn der viel geübten und mit Erfolg seit alten Zeiten angewandten Inhalationstherapie bisher auch die wissenschaftliche Grundlage fehlt, so muss man nach Prof. Liebreich (Berlin) doch daran fest halten, dass die Inhalation ein ganz wichtiges, therapeutisches Moment ist. Wie gestaltet man nun die Inhalation am besten? Man muss vor allem die gasförmige Substanz mittelst des Mundes einatmen, zur Verhinderung der Nasenatmung eventuell eine Nasenklammer benutzen. Die Tatsache, dass bei der Staubinhalation wirkliche Infektionen der Lunge eintreten, ist mit ein Beweis, dass die Inhalationen in die Lunge selbst kommen. Bei der Einatmung von Salzlösungen sind am besten kalt gesättigte, nicht warme Lösungen zu verwenden; die feineren Teilchen verschwinden jedenfalls in der Lunge, legen sich an die Schleimhaut an und werden resorbiert. Wenn man Substanzen nicht in der Lunge nachweisen kann, so liegt dies nicht immer am Flimmerepithel oder dergleichen, sondern daran,

Digitized by Google

dass eben die Lunge mit kolossaler Schnelligkeit resorbiert. Wenn auch die experimentellen Untersuchungen hierüber noch nicht völlig abgeschlossen sind, eines steht jedenfalls fest, dass man nämlich einer so bewährten Methode therapeutisch nicht entraten kann.

Prof. Emmerichs (München) Untersuchungen berechtigen zu dem Schluss, dass es bei rationellem Betrieb der Inhalatorien sehr wohl möglich ist, nicht nur die Schleimhaut der Nase, des Rachens, des Kehlkopfs und der Bronchien, sondern auch die Wandung der feinsten Bronchien und Alveolen mit medikamentösen Lösungen so reichlich zu betauen, dass therapeutische Wirkungen sehr wohl erzielt werden können. Dieses Resultat ist aber nur dann zu erreichen, wenn unter Berücksichtigung des Sättigungsdefizit der Luft, sowie der durch den Inhalationsraum geführten Menge der letzteren, die Quantität der zu zerstäubenden Flüssigkeit jeweils rechnerisch ermittelt und für die Bildung feinster, den ganzen Inhalationsraum dicht erfüllender Flüssigkeitströpfchen Sorge getragen wird. Ausserdem weist Verfasser noch nach, dass die Luft im Bullingschen Inhalatorium einen reichlichen Ozongehalt hat, worauf der angenehme und erfrischende Eindruck der Luft im Inhalatorium beruhen dürfte.

Prof. Liebreich über Inhalationstherapie auf dem deutschen Balneologenkongresse zu Stuttgart (Baln. Zentral-Ztg. Nr. 29). — Kann in Inhalatorien bei richtigem Betrieb eine grössere Menge der zerstaubten Flüssigkeit in die Lunge gelangen? Von Prof. Emmerich (Münch. med. Wochenschr. Nr. 39. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 85).

Intoxikationen. Dr. Kirch (Krefeld) hat einen Fall von Strychninvergiftung nach Einnahme von 0,8 Strychninum nitricum beobachtet, der geheilt wurde. Der Patient hat die an sich wohl absolut tödliche Strychninmenge eine Stunde nach der Abendmahlzeit in einen wohl noch stark gefüllten Magen eingenommen, wo also die Resorptionsverhältnisse ungünstig lagen. Des weiteren hatte der Vergiftete das Strychnin in einem grossen Quantum Wasser aufgelöst, so dass durch diese starke Verdünnung ebenfalls eine Resorption grösserer Giftmengen verzögert wurde. In erster Linie hat lebensrettend gewirkt: der im Anschlusse an die auftretende Reue gemachte Versuch, durch einen künstlich provozierten Brechakt den Magen von seinem verderblichen Inhalte zu befreien, was auch zum Teile gelang. Weiterhin wurde dem Kranken eine schnelle ärztliche Hilfe zuteil. (Entleerung und Waschung des Magens und Füllung mit einer Gerbsäurelösung). Gleichzeitig wurde auch Morphin in grosser Dosis, 0,16, injiziert, was zum Teile antagonistisch, zum Teile krampfstillend und auf die Reflextätigkeit herabsetzend gewirkt hatte.

Einen Fall von schwerer Intoxikation mit einem Kinderlöffelchen Tinctura Opii simplex bei einem sieben Wochen alten Kinde publiziert Dr. Feuerstein (Bojau). Autor führte in Anbetracht der drohenden Erscheinungen einen kleinkalibrigen Nélaton-Katheter durch das rechte Nasenloch in den Magen ein. Der aus dem Katheter hervorquellende Magensaft bestand aus geronnener, bräunlich gefärbter Milch und roch nach Opium. Nun spritzte Feuertsein einige Spritzen lauwarmen Wassers und späterhin eine schwache Lösung von Kali permangan. so lange in den Magen, bis die Spülflüssigkeit klar zurückfloss. Der Zustand hatte sich aber noch nicht gebessert. Erst in dem darauf angeordneten warmen Bade mit kalten Übergiessungen kehrte das Bewusstsein des Kindes zurück. Nun wurden noch einige hohe Darmirrigationen mit derselben Lösung von Kal. permang. gemacht, worauf eine reichliche Stuhlentleerung erfolgte. Es wurden noch einige Löffelchen schwarzen Kaffees und etwas Wein gereicht. Darauf schlummerte das Kind sofort ein. Puls und Respiration hatten sich gebessert. Myosis bestand noch unverändert, ebenso Zuckungen mit dem Munde. Die angegebenen Prozeduren wurden im Laufe des Tages öfters wiederholt. Am Abend waren Nackensteifigkeit, Glottiskrampf und Cyanose geschwunden; die Pupillen waren noch verengt, reagierten aber bereits schwach auf Lichteinfall. Puls und Respiration befriedigend; Schlafsucht besteht noch. aber das Kind kann durch äussere Reize geweckt werden und die Brust wird spon-

Digitized by Google

stan genommen. Am nächsten Morgen war das Kind bis auf eine leichte Depression und Erscheinungen eines Magendarmkatarrhs ganz wohl.

Dr. Bergmann (Köln) berichtet über zwei Fälle von Atropinvergiftung, in denen irrtümmlicherweise 0,01 Atropin subkutan injiziert wurde und die dennoch genasen.

Dr. Dorendorf hatte in Prof. Gerhardts Klinik in Berlin Gelegenheit zwei Arbeiter einer Kautschukfabrik zu behandeln, deren Krankheit auf eine Intoxikation mittelst Benzindämpfen zurückzuführen war. In beiden Fällen waren beträchtliche Schädigungen des Nervensystems und des Blutes nachzuweisen. Die nervösen Symptome zeigten sich — in dem einen Falle nach vorausgegangenen heftigen Durchfällen — in Kopfdruck, Gedächtnisschwäche, Appetitmangel und Schwere in den Extremitäten, die sich beide Male, verbunden mit Schmerzen, Druckschmerzhaftigkeit der Nerven, Kältegefühl und Herabsetzung der motorischen Kraft besonders rechtsseitig bemerkbar machte. Die verschiedenen Gefühlsqualitäten waren intakt; Geruchs-, Geschmacks-, Gehörs-, Gesichtssinn ohne Besonderheiten, speziell keine Gesichtsfeldeinengung oder Skotom. Die Blutuntersuchung ergab ein Verhältnis der weissen zu den roten Blutkörperchen von 1: 480 bezw. 1: 700. Im Blutplasma, in vereinzelten hämoglobinarmen Erythrocyten, sowie auch in Leukocyten wurde ockerfarbiges braunrotes bis braunschwarzes Pigment in beiden Fällen gefunden. Der Nachweis der Blutveränderungen und der morphologischen Veränderungen der Zellen des Zentralnervensystems berechtigt zu dem Schlusse, dass das Benzin bezw. das Benzol, welches durch die Lungen aufgenommen wird, auf dem Wege einer primären Oxydationsstörung des Blutes das Nervensystem schädigt und einen dem Bilde der Hysterie ähnlichen Symptomenkomplex hervorruft.

Auch Dr. Mohr beobachtete an Prof. v. Noordens Abteilung in Frankfurt a. M. 10 Fälle von Vergiftungen mit Benzolkörpern bei Arbeitern. Bei denselben waren auch das Nervensystem und das Blut beteiligt. Was die Therapie anbetrifft, so wurden in allen Fällen neben der Darreichung von Analepticis Inhalationen von Sauerstoff bis zu 30—40 l mehrmals in 24 Stunden angewandt, und zwar, wie es schien, mit gutem Erfolg. Verfasser hatte entschieden den Eindruck einer momentanen günstigen Beeinflussung durch die O-Inhalationen.

Dr. v. Criegern (Leipzig) berichtet über eine gewerbliche Vergiftung bei der Rauchwarenfärbung mit Paraphenylendiaminpräparaten. Die Vergiftung verläuft in Etappen: Entzündung der äusseren Haut, der oberen Luftwege, endlich der tieferen. Die letzte ähnelt vollständig dem von selbst entstandenen Asthma bronchiale: periodische Anfälle von Atemnot, auf Krampf der Bronchialmuskulatur zu beziehen, und gleichzeitige Entleerung des typischen Sputums mit Leyden-Charcotschen Kristallen, Curschmann-Ungerschen Spiralen und korniophilen Zellen. Während der Zeit der Vergiftung sind auffallenderweise keine Erscheinungen seitens des Nervensystems oder der Niere zu beobachten, so dass wohl der ganze Prozess als eine stufenförmig fortschreitende Erkrankung der Oberfläche anzusehen ist. Eine gewisse Disposition scheint erforderlich. v. Criegern schätzt die Anzahl der Befallenen auf ein Drittel der in Betracht kommenden Arbeiter. Indes geht die ursprüngliche Immunität oft genug bei längerer Beschäftigung verloren. Eine Angewöhnung bei einmal Erkrankten wurde nicht beobachtet, dagegen eine Steigerung der Empfindlichkeit für das Gift.

Die Vergiftung mit Primula obeonica äussert sich nach Dr. Dreyer auf Händen, Vorderarmen, Augenlidern und Wangen als Erythem, Ödem und Blasenbildung, als Urticaria oder als rhagadiformes Ekzem. Der akute Anfall geht entweder vorüber oder es kommt zu einer chronischen Veränderung der Haut. Die Differentialdiagnose ist dann nicht immer leicht. Es erkranken in der Regel Leute, die mit der Pflanze zu tun haben: Gärtner, Frauen und Mädchen; es gehört eine Disposition für die Erkrankung dazu. Hervorgerufen wird die Läsion durch feine Härchen, die auf der Unterseite der Blätter, Blüten und auf den Stengeln vorhanden sind.

Digitized by Google

Wenn die Härchen in der Haut abbrechen, dann bleibt ein Reiz zurück, der das Übel bewirkt. Es finden sich aber auch Härchen, die ein reizendes Sekret liefern. Dieses Sekret löst sich in 96% igem Alkohol, Äther, Chloroform, Terpentinöl, Benzol, konzentrierte Schwefelsäure und Salzsäure; dagegen nicht in 20° C. warmem Wasser. Therapeutisch erweist sich Zinkleim, Puder und Hebrasche Salbe wirksam.

Dr. Wheeler berichtet über einen erfolgreich behandelten Fall von Cobrabiss. Zwei Stunden nach dem Biss war die Kranke moribund und völlig bewusstlos. 15 Minuten nach der Einspritzung des Calmetteschen Serums kehrte das Bewusstsein zurück und eine weitere Einspritzung beseitigte im Verlaufe von drei Stunden alle Symptome der Vergiftung. Verfasser ist überzeugt, dass auch in den schlimmsten Fällen die sofortige Anwendung des Serums Hilfe bringt.

Ein Beitrag zur Kasuistik der akuten Strychninvergiftung von Dr. Kirch (Prag. med. Wochenschrift Nr. 5). — Ein Fall von schwerer Intoxikation mit Tinctura Opii simplex bei einem sieben Wochen alten Kinde von Dr. Feuerstein (Wien. med. Wochenschr. Nr. 5). — Über Atropinvergiftung von Dr. Bergmann (Ther. Monatsh. 2. H.). — Benzinvergiftung als gewerbliche Erkrankung von Dr. Dorendorf (Zeitschr. f. klin. Med. 43. Bd. 1. u. 2. H. — Ther. Monatsh. 5. H.). — Über Blutveränderungen bei Vergiftungen mit Benzolkörpern von Dr. Mohr (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 5. — Ther. Monatsh. 6. H.). — Dr. v. Criegern über eine gewerbliche Vergiftung bei der Rauchwarenfärbung mit Paraphenylendiaminpräparaten, welche unter dem klinischen Bilde eines Bronchialasthmas verläuft auf dem Kongress für innere Medizin in Wiesbaden (Med. Blätter Nr. 34). — Primula obeonica als Krankheitsursache von Dr. Dreyer (Münch. med. Wochenschr. Nr 14. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 10. H.). — Calmette's Antivenene von Dr. Wheeler (Lancet. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 1).

Jod und Jodpräparate. Dr. Richter (Berlin) gab einer grösseren Zahl von Kranken mit gummöser Lues und neuritischen oder periostitischen Schmerzen im Eruptionsstadium der kondylomatösen Syphilis Jodtinktur in der Dosis von dreimal täglich 10 bis 30 Tropfen (jede Woche um fünf Tropfen ansteigend) und konnte sich überzeugen, dass dieselbe, in den verschiedensten Flüssigkeiten genommen, im allgemeinen besser vertragen wurde als Jodkali. Für eine Jodkur wurden im Durchschnitt 100 g Jodtinktur = 10 g reines Jod benötigt gegenüber gleichwertigen 100 g Jodkali mit 76,5 g Jod, da die Tinktur langsamer resorbiert, aber auch langsamer ausgeschieden wird. Es ist, wie abgesehen von den eigenen Erfahrungen an der Hand der Literatur dargetan wird, ganz unberechtigt, als Maximaldosis 0,2 g = fünf Tropfen und als Tagesdosis 0,6 g aufzustellen, wie es das deutsche Arzneibuch tut (in der Pharmakopeoa austriaca 0,3 bezw. 1 g), indem man ohne Bedenken 90 Tropfen per Tag und mehr geben könne. Hierzu komme noch als ausschlaggebend das Preisverhältnis, indem Jodkali ungefähr dreimal so teuer ist, als die gleiche Menge Jodtinktur.

Dr. Hasenfeld (Budapest) liess Brötchen von 150 g Gewicht backen und zu jedem einzelnen statt Kochsalz 0,50 g Jodnatrium mischen. Es wurde festgestellt, dass durch das Backen das Jodnatrium nicht verändert wurde. Die Brötchen enthielten weder freies Jod, noch jodsaures Natrium, konnten also ohne weiteres verabreicht werden. Am besten ist es, die Brötchen in möglichst frischem Zustand verspeisen zu lassen. Sie sind nicht vom schlechten Geschmack, und nur manche Kranke klagten nach ihrem Genuss über einen unangenehmen Nachgeschmack. Um diesen zu vermeiden, liess er später die Brötchen mit Milch verzehren, worauf jene Klagen seltener wurden. Er liess den an seiner Abteilung liegenden Kranken täglich 2—3 Jodbrötchen (1—1 ½ g Jodnatrium) verzehren. Bisher verordnete er sie 15 Kranken und zwar Arteriosclerosis (5) Emphysem (3) Stenocardie (2), Insuff. aortae (1), Asthma cardiale (2) und Atrophia granularis (2). Jodismus sah er nie. Die günstige Wirkung des Jod beobachtete er besonders bei Stenocardie und Asthma.

Nachdem Dr. Sellei (Budapest) nachgewiesen hat, dass bei der Darreichung von Jodkali trotz „chlorfreier Diät" Jodismus unvermeidlich ist, behandelt er nunmehr die Frage, ob der Organismus durch chlorfreie Diät für das Jod empfindlicher gemacht werden kann. Er fand, dass dies sowohl für Jodkali, wie für Jodipin nicht zutrifft; d. h., dass so-

Digitized by Google

wohl Erscheinungen rezenter wie alter Lues auf obige Mittel bei chlorfreier Diät nicht schneller verschwanden, wie bei gewöhnlicher Kost. Was die Wirkung des Jodipins im Vergleich zu der des Jodkalis anlangt, so muss man unterscheiden zwischen der Darreichung per os und der subkutanen. Bei der ersten verhält es sich ähnlich dem Jodkali; es kommt schnell im Körper zur Wirkung, wird aber bald wieder ausgeschieden. Subkutan injiziert, entfaltet es seine Wirkung langsamer, dafür dauert diese länger an. Jodismus stellt sich bei der internen Anwendung häufiger ein, als bei subkutaner, ist aber auch bei ersterer gewöhnlich weniger intensiv, als nach Jodkali.

Auf Grund der Literatur, sowie eigener Untersuchungen und Beobachtungen kommt Dr. Feibes zu einer unbedingten Empfehlung des Jodipins. Er weist nach, dass das 25% Präparat bei Einspritzungen unter die Haut vortrefflich ausgenutzt wird und sieht in diesen Einspritzungen, verbunden mit Quecksilbereinreibungen, die beste Behandlung der Lues in allen Formen, namentlich auch der Syphilis maligna praecox.

Auf der Prof. Pálschen Abteilung wurde, wie Dr. Thaussig (Wien) mitteilt, Jodipin bei einer Reihe von Fällen angewendet, wo eine Jodwirkung auf die Gefässe erwünscht schien, und zwar erwies sich als die zweckmässigste Einführung die subkutane Injektion des 25% Präparates in einer Einzeldosis von 20 ccm etwa an jedem vierten Tag, wenn sich ein Sinken in der ausgeschiedenen Jodmenge wahrnehmen liess. Es kamen zur Behandlung Fälle von Asthma bronchiale, Arteriosklerose, luetische Endarteriitis und Bleikolik. Der Erfolg, namentlich auch in bezug auf das subjektive Befinden und den Ernährungszustand, war regelmässig zufriedenstellend, dagegen scheint bei Struma besondere Vorsicht geboten zu sein. Die günstige Beeinflussung bei Bleikolik führt Thaussig auf eine vasodilatatorische Wirkung des Jodipins zurück; am dritten bis vierten Tag nach der Injektion pflegt der Blutdruck zu sinken. Es dürfte sich bei Bleikolik hauptsächlich um einen Gefässkrampf und einen Gefässschmerz handeln. Bei der Arteriosklerose soll gleichfalls eine günstiges Gefässerweiterung das Wirksame sein.

Dr. v. Hymmen hat das Jodipin in der Augenheilkunde mit gutem Erfolge verwendet: 1. bei hartnäckiger Conjunctivitis scrophulosa; nach mehrwöchentlicher interner Behandlung trat Besserung des Allgemeinzustandes, Verkleinerung der Drüsen und Heilung des Augenleidens ein; 2. bei Keratitis parenchymatosa auf konstitutioneller Lues; 3. bei chronisch entzündlichen Prozessen der Uvea, welche nicht mit diffusen Glaskörpertrübungen einhergingen, und bei den Glaskörpertrübungen infolge hoher Myopie; 4. bei einem Falle von Skleritis profunda wurde dauernde Heilung erzielt, nachdem alle anderen Massnahmen im Stiche gelassen haben; 5. bei einem Falle inveterierter Abducensparese. Der Autor glaubt auf Grund seiner Beobachtungen zu dem Schlusse berechtigt zu sein, das Jodipin sei überall dort indiziert, wo Kuren mit Jodalkalien erfolglos oder undurchführbar sind, und sind es speziell chronische Fälle, bei denen eine langdauernde Jodwirkung nötig erscheint.

Prof. Welander (Stockholm) hat das Jodkali, das Jodalbacid und das Jodipin in bezug auf ihre Wirkungsfähigkeit und ihre Nebenwirkungen einer genauen Prüfung unterzogen. Er kam zu dem Schluss, dass keines der neueren Mittel das Jodkali zu ersetzen vermag. Das Jodipin hat innerlich verabreicht ebenfalls Jodnebenwirkungen; subkutan gegeben fehlen zwar die Nebenwirkungen, aber es wirkt auch milder und langsamer als Jodkali. Das Jodalbacid wirkt viel langsamer, zumal ein Teil des Jod verloren geht. Es hat ausserdem ebenfalls Jodnebenwirkung.

Das Jodolenum ist nach Dr. Jordan ein geruch- und geschmackloses gelbliches Pulver, das aus Jodol und einem Albuminat besteht. Es wird von der Firma Kalle & Co. (Biebrich) in zwei Formen hergestellt, als Jodolenum internum (9 bis 10% Jodol) und Jodolenum externum (36% Jodol). Innerlich verordnete Jordan das Präparat in Dosen von 2,0 (2—6—10 mal täglich) bei tertiärer Lues. Es wurde im allgemeinen recht gut vertragen; doch traten häufig Symptome des Jodismus

Digitized by Google

auf, die aber nicht anhaltend waren; Autor war nicht ein einziges Mal genötigt das Mittel auszusetzen, im Gegenteil, die Patienten konnten in kürzester Zeit noch grössere Dosen vertragen. Die Urinuntersuchungen ergaben, dass nach Gebrauch des Jodolens das Jod im Urin später auftritt, als bei Anwendung von Jodkalium. Im allgemeinen war Autor mit der Wirksamkeit des Jodolenum internum sehr zufrieden. Auch das Jodolenum externum hat Jordan mit zufriedenstellendem Erfolge angewandt.

Auch Dr. Sommerfeld (Prag) bewährte sich das Jodolen bei äusserer Anwendung als ein gutes, reizloses Antiseptikum. Dagegen ist es nach Autor bei innerer Anwendung nicht das Mittel, die Jodalkalien von ihrer herrschenden Stellung in der Therapie der Syphilis zu verdrängen. Bei guter resorptiver Fähigkeit mangelt ihm die sichere und prompte Wirkung jener. Es ruft gleich jenen Erscheinungen von Intoxikation und Jodismus hervor.

Das Jodyloform. ein aus Jod und einer indifferenten Leimsubstanz bestehendes Ersatzmittel für Jodoform, steht nach Dr. Sperlings (Berlin) Versuchen dem Jodoform an desinfizierender Wirkung gleich, wenn es demselben nicht gar überlegen ist; dabei ist es reizlos, ungiftig und, was für seine praktische Verwendbarkeit nicht minder wichtig ist, geruchlos. Das neue Mittel hat sich beim Ulcus molle gut bewährt; hervorzuheben ist, dass es auch den phagedänischen Schanker in relativ kurzer Zeit zur Heilung brachte. Ein leichtes Brennen, das sich bei empfindlichen Kranken im Moment des Aufstreuens bemerkbar macht, dürfte kaum störend wirken. Ferner kam das Jodyloform in einer ganzen Anzahl von grösseren Furunkeln in der Weise zur Anwendung, dass nach Eröffnung durch den üblichen Kreuzschnitt und Entfernung des nekrotischen Pfropfes die so entstandene Höhle mit dem Wundpulver angefüllt wurde. Auch hier war der Erfolg durchaus zufriedenstellend. Endlich hat sich das Mittel noch bei einer Anzahl von Unterschenkelgeschwüren, sowohl luetischen, wie varikösen, bewährt, wo es namentlich schnell die Reinigung des schmierig belegten Geschwürsgrundes beförderte und das Gewebe zur Granulationsbildung anregte. Nach diesen Erfahrungen dürfte sich das Jodyloform insbesondere zur Anwendung bei infizierten Wunden, Abscessen, Geschwüren empfehlen, wie sie dem praktischen Arzte tagtäglich vorkommen, und bei denen von vorneherein auf eine Heilung per primam verzichtet werden muss. Hergestellt wird das Jodyloform von dem pharmazeutischen Laboratorium Kohlmeyer & Co. Berlin.

Der innerliche Gebrauch von Jodtinktur an Stelle von Jodkali von Dr. Richter (Deutsche Ärzte-Ztg. 4. H. — Prag. Wochenschr. Nr. 42). — Die Verabreichung von Jod im Brot von Dr. Hasenfeld (Ung. med. Presse Nr. 2). — Beiträge zur Frage der Wirkung der Jodalkalien und des Jodipins bei Syphilis von Dr. Sellei (Monatsh. f. prakt. Dermat. 36. Bd. 12. H. — Ärztl. Praxis Nr. 16). — Zur Kenntnis der Gefässwirkung des Jod (Jodipin) von Dr. Thaussig (Wien med. Wochenschr. Nr. 39). — Jodipin in der Augenheilkunde von Dr. v. Hymmen (Die ophthalm Klinik. 5. Bd. 24. H. — Zentralbl. f d. ges. Ther. 3. H.). — Über Jodpräparate von Prof. Welander (Arch. f. Dermat. u. Syph. — Ther. d. Gegenw. 1. H.). — Über den ther. Effekt des Jodoleninn von Dr. Jordan (Med. Obosr. Nr. 1. — Rev. d. russ. med. Zeitschr. Nr. 6). — Jodolen von Dr. Sommerfeld (Arch. f. Dermat. — Münch. med. Wochenschrift Nr. 7). — Über Jodyloform von Dr. Sperling (Deutsche Med.-Ztg. — Medico Nr. 27).

Ipecacuanha. Die Ipecacuanha enthält in ihren Wurzeln nach Prof. Kobert (Rostock) drei Alkaloide: Das Psychotrin, das Emetin und das Cephaelin. Das erstgenannte Alkaloid wirkt nur schwach giftig und scheint keine therapeutische Wirkung von Interesse zu entfalten. Das Emetin bewirkt vorzugsweise Expektoration, das Cephaelin dagegen vom Magen aus leichtes und promptes Erbrechen. Da das Emetin eine erhebliche herzschwächende Wirkung besitzt und bei Phthisikern das Herz schon ohnehin geschwächt zu sein pflegt, so bezweifelt Kobert, ob man die innerliche Darreichung der Ipecacuanha überhaupt in der althergebrachten Weise fortsetzen soll. Man kann nach Kobert die Wirkung recht gut auf diejenigen Teile beschränken, welche die Nausea und die Expektoration vermitteln, d. h. auf den Rachen und Schlundkopf. Man lasse einfach mit einer Lösung der Alkaloide gurgeln und dann die Lösung

Digitized by Google

wieder ausspeien. Falls man diese Art der Anwendung wählt, braucht man das erbrechenerregende Cephaelin nicht zu meiden, weil es ja das Erbrechen nur vom Magen aus hervorruft, während es vom Schlunde und Rachen aus die Wirkung des Emetins in vorzüglicher Weise unterstützt. Für die Armenpraxis würde unter solchen Umständen die schon an sich billigere und dabei noch wesentlich an Gesamtalkaloid reichere Cartagena-Ipecacuanha unbedingt vorzuziehen sein. Was ferner die Darreichungsform anlangt, so verwirft Kobert für die Ipecacuanha ganz allgemein die hergebrachte Form des Infuses, da sie nicht nur teuer ist, sondern auch die Zersetzung der beiden sehr empfindlichen Alkaloide begünstigt und sie überhaupt nur unvollkommen extrahiert. Viel besser und billiger sind das Fluidextrakt und die Tinktur. Beide sind für die nur lokale Anwendung aus der Cartagena-Wurzel herzustellen. Zur Verwendung als Brechmittel (z. B. bei Pseudokroup) ist die Cartagenawurzel in Pulverform (0,5—1,0 g) innerlich zu verabfolgen. (Die Firmen Riedel und E. Merck bringen die einzelnen Alkaloide als salzsaure Salze garantiert rein in den Handel).

Prof. Kobert über Radix Ipecacuanhae und ihre Alkaloide im Rostocker Ärzteverein (Münch. med. Wochenschr. Nr. 24. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 54).

Juckausschlag der Kinder. Nach Dr. Zappert (Wien) tritt der Strophulus sehr häufig auf; wenigstens die Hälfte der Kinder leiden im frühesten Lebensalter daran. Zu den charakteristischen Symptomen gehört das anfallweise Auftreten des Ausschlages. Nach einem Prodromalstadium, welches sich durch Unruhe der Kinder charakterisiert, bemerkt man den Körper mit Knötchen bedeckt, die sich an manchen Stellen lokalisieren. Die Krankheit dauert selten kürzer als eine Woche, dann verschwinden die Eruptionen. Eine neuerliche Attacke kann sich später wieder einstellen. Der Ausschlag lokalisiert sich mit Vorliebe in der Lendengegend, an der vorderen und hinteren Wand der Achselhöhle, an der Streckseite der Oberschenkel, der Beugeseite der Handwurzelgegend, um die Fussknöchel, es können jedoch alle andern Körperstellen mit, Ausnahme der behaarten Kopfhaut, befallen werden. Eine frische Eruption zeigt Knötchen von Hanfkorn- bis Linsengrösse, welche von einem injizierten Hof umgeben sind. Die Injektion lässt schon am ersten Tage nach, dann bleibt ein juckendes Knötchen zurück, welches gewöhnlich aufgekratzt wird, so dass die Hauterscheinungen sich dann nur aus Knötchen und Kratzeffekten zusammensetzen. Pathogenetisch wichtig sind die Symptome von seiten des Magen-Darmtraktus. Oft befällt der Strophulus chronisch-dyspeptische Kinder, zuweilen bestehen die Erscheinungen von seiten des Verdauungsapparates nur in geringfügigen Symptomen, wie leichten Obstipationen oder häufigeren Stuhlentleerungen. Andererseits gibt es aber viele Fälle, in welchen es trotz sorgsamster Beobachtung nicht gelingt, während eines Strophulusanfalles Störungen der Darmtätigkeit zu konstatieren. Ein weiteres, wenn auch selteneres Begleitsymptom des Strophulus sind Alterationen der Harnentleerung. Der Urin ist nicht selten trübe oder zeigt ein starkes Harnsäuresediment. Was die Therapie anbelangt, so verdient die medikamentöse schon deshalb den Vorzug vor der diätetischen, weil der Ausschlag bei verschiedenartig ernährten Kindern vorkommt, also nicht auf bestimmte Nahrungsmittel zurückzuführen ist; deswegen soll der diätetischen Behandlung keineswegs der Wert abgesprochen werden. In Betracht kommen namentlich die den Darm desinfizierenden und reinigenden Medikamente, vor allem Calomel, ferner Karlsbader Wasser, in letzter Zeit Ichthyolpräparate. Zur Linderung des Juckreizes werden Betupfen mit 1—2% Salicyllösung und Einstäuben mit Puder angewendet; die aufgekratzten Knötchen werden mit Salben bedeckt, stärkere Kratzeffekte werden mit Zinkpflastermull oder essigsaurer Tonerde behandelt. Warme Bäder sind zu vermeiden, weil sie das Auftreten des Ausschlages begünstigen. Waschungen mit Teerseife in der anfallfreien Zeit lindern die Heftigkeit der Anfälle.

Dr. Zappert über den Juckausschlag im Kindesalter im Wiener medizinischen Doktoren-Kollegium (Med. Woche Nr. 9).

Digitized by Google

K.

Kehlkopfkrankheiten. Nach der Lokalisation teilt Dr. Haring die chronische Laryngitis in drei Gruppen: Bei der Laryngitis chronica superior ist das den oberen Kehlkopfabschnitt auskleidende, weiche, drüsenreiche Gewebe stark geschwollen, die wahren Stimmlippen können ganz überdeckt sein von den falschen. Die Galvanokaustik (unter Kokainanästhesie) liefert hier gute Resultate. Striktes Stillschweigen während der Behandlung ist nötig. Schwierig ist oft die Differentialdiagnose von tuberkulöser Laryngitis. Die Laryngitis chronica media betrifft hauptsächlich die wahren Stimmbänder. Milde Fälle heilen bei Behandlung mit Silbernitratlösung (6%) oder Chlorzinklösung (4%). Beschränkt sich die Kongestion auf die vorderen Stimmbandpartien, so sind Antiluetica auch bei negativer Anamnese und Symptomatologie ratsam. Bleibt bei der Phonation ein konvexer Spalt zwischen den freien Stimmbandrändern, so ist die Prognose ernst. Redner und Sänger mit diesem Phänomen müssen am besten an einen Berufswechsel denken, auf jeden Fall aber sechs Monate völlig schweigen und womöglich während dieser Zeit in einem milden Klima leben. Wöchentlich zwei bis drei adstringierende Applikationen in dieser Periode sind von grossem Nutzen. Öfter treten Hämorrhagien aus erweiterten Stimmbandgefässen auf. Bei stark geschwollenen Stimmbändern, ebenso bei jener Form der Laryng. med. chron., die unter dem Bilde der Pachydermie verläuft, ist Jodkalium und Inhalation von Salzwasserdampf innerlich sehr nützlich. Die Laryngitis chronica inferior wird oft vernachlässigt, wegen der schwierigen Inspektion des subglottischen Raumes. Dennoch ist in Kokainanästhesie eine genaue Untersuchung vorzunehmen und die methodische Behandlung im subglottischen Raum ist gerade bei sehr hartnäckigen Fällen von grösster Wirksamkeit.

Chronische Laryngitis, Zusammenhang zwischen Diagnose und Behandlung von Dr. Haring (Brit. med. Journ. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 84).

Keratitis. Nach Dr. Römers (Würzburg) Erfahrungen kann man 95% der Ulcera serpentia durch Pneumokokken hervorgerufen ansehen. Autor unternahm es deshalb, beim Ulcus serpens den Versuch einer ätiologischen Therapie zu machen durch Anwendung eines Pneumokokkenserum, das er von der Firma Merck in Darmstadt herstellen liess. Zunächst stellte Autor fest, dass die spezifisch bakteriolytischen Antikörper ihre Schutzwirkung auch am Auge offenbaren können. Nachher ging Verfasser dazu über, die präventive Schutzwirkung des Pneumokokkenserum gegen die artefizielle Pneumokokkeninfektion der Cornea bei Kaninchen sowie bei Affen zu versuchen, die letzteren Tiere bekommen nämlich auch spontan Ulcera serpentia durch Pneumokokkeninfektion. Hier wurden in allen Fällen positive Resultate erzielt. Aber auch eine kurative Wirkung übte das Pneumokokkenserum auf die Kaninchen aus, indem es nach Beginn der Hornhautinfektion den Prozess zum Stehen brachte, während die nicht behandelten Kontrolltiere an schwerer Augenentzündung nach Infektion der Cornea mit Pneumokokken erkranken und in 36 Stunden an schwerer Septikämie zu grunde gehen. Schliesslich berichtet Verfasser noch über einige Fälle von Ulcus corneae serpens beim Menschen, in welchen er das Serum mit Erfolg zur Anwendung brachte. Allerdings sind die wenigen Fälle nach Verfasser selbst noch nicht genügend, um die Wirksamkeit des Serums beim Menschen über jeden Zweifel zu erheben. Beim Menschen schlägt Verfasser vor, das Serum nicht nur subkutan, sondern auch örtlich subkonjunktival und direkt auf das Ulcus (durch Auftröpfeln) anzuwenden. Er hat dies bei seinen Fällen teilweise getan und keinerlei Nachteile davon gesehen.

Dr. Zirm schlägt folgende Behandlung der Hypopyon-Keratitis vor. Das erkrankte Auge wird nicht verbunden, da der Verband den Lidschlag verhindert, die Sekretansammlung begünstigt und dadurch neue Infektionsquellen

Digitized by Google

schafft; damit aber der Kranke an seinem Auge nicht herumwische, wird das Augenschutzgitter angewendet. Zwei- bis vierstündlich wird Sublimatvaseline (0,01 : 50,0) in den Bindehautsack eingestrichen; einigemal täglich wird Xeroform mit einem kleinen Pulverbläser als feiner Staub auf das Geschwür aufgetragen. Diese Massnahmen kommen zur Anwendung, nachdem zuvor das septische Geschwür ausgiebig, selbst bis zur absichtlich herbeigeführten Perforation galvanokauterisiert worden ist. Überdies werden ein Mydriaticum (Scopolamin oder Atropin), feuchtwarme Umschläge, eventuell aber auch subkonjunktivale Na Cl-Injektion oder an Stelle der letzteren das gerade bei schweren Hypopyonkeratitiden sehr gut wirkende Dioninpulver ordiniert. Die gleichzeitig bestehende Tränensackeiterung wird durch täglich mehrmals geübtes Ausdrücken des Tränensackes, sowie Ausspülung desselben mit Protargollösung zur Besserung, resp. Heilung gebracht. Um den Stoffwechsel zu beschleunigen, resp. um die reaktive Heilungstendenz der Gewebe zu erhöhen, wird der Kranke kräftig genährt und ihm an Stelle der bisher üblich gewesenen Bettruhe viel Bewegung im Freien empfohlen.

Experimentelle Grundlagen für klinische Versuche einer Serumtherapie des Ulcus corneae serpens nach Untersuchungen über Pneumokokkenimmunität von Dr. Römer (v. Graefes Arch. f. Ophth. 54. Bd. 1. H. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 74). — Beitrag zur Behandlung der Hypopyon-Heratitis von Dr. Zirm (Zentralbl. f. prakt. Augenheilk. Nr. 3. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 7. H.)

Keuchhusten. Das Chinin ist nach Dr. Heim (Budapest) ein Mittel, welches nicht nur die Schwere der Attacken mildert und deren Anzahl verringert, sondern welches auch die Zeitdauer der Krankheit erheblich verkürzt, ja sogar, wie Verfasser in einem Falle beobachten konnte, rechtzeitig verabreicht, die Entwickelung der Krankheit verhindert. Verfasser hatte Gelegenheit, das Chinin in 18 Fällen gegen den Keuchhusten anzuwenden. Kindern unter einem Jahre verabreichte er täglich dreimal soviel Centigramm als sie Monate zählten; Kindern von eins bis vier Jahren täglich dreimal soviel Decigramm, als sie Jahre zählten; Kindern über vier Jahren täglich dreimal 0,5 g, d. i. im ganzen 1,5 g. Diese Dosen überschritt Heim nur ein einziges Mal, als er einem sechsjährigen Kinde täglich 1,75 g verordnete. Die Erkrankten bekamen diese Dosen zwei bis drei Tage hindurch täglich dreimal, dann während weiterer drei Tage täglich zweimal, dann wurden die einzelnen Dosen herabgesetzt. Die ganze Behandlung dauerte zwischen 10 und 20 Tagen. Ohrensausen, Sehstörungen, Verdauungs- und Nierenbeschwerden konnte Heim in keinem einzigen Falle wahrnehmen.

Dr. Stursberg (Bonn) empfiehlt zur Behandlung des Keuchhustens das Aristochin, ein geschmackloses Chininderivat, das er Kindern unter einem Jahr 0,05—0,1, grösseren bis zu 0,3 g dreimal täglich verabreichte. Die Darreichung mit etwas Wasser bot nach Angabe der Mütter keinerlei Schwierigkeiten, und es wurde weder Erbrechen noch sonstige schädliche Folgen nach der Einnahme beobachtet. In etwa der Hälfte der Fälle war ein deutlicher Erfolg der Aristochinbehandlung nicht zu bemerken, es liess sich bei ihnen allerdings mehrfach der Nachweis unregelmässiger Darreichung erbringen. Dagegen gewann er bei den übrigen Kindern den Eindruck, dass der Verlauf der Erkrankung ein recht günstiger war.

In der pädiatrischen Klinik des Prof. Mya in Florenz stellte Dr. Cacchiole Versuche über die Wirkungsweise des Pyridins gegen Keuchhusten an. Auf einen Teller, am Fussende des Bettes des Kranken wurden 4—5 g 2 mal in 24 Stunden aufgeschüttet. Gleichzeitig mit dem Pyridin wurde Bromat, und zwar in grossen Dosen (2 bis 3 g täglich Kindern bis zu drei Jahren, Kindern über drei Jahre 4 g täglich) gegeben, welche ja auch eine starke Herabsetzung der Reflexerregbarkeit bewirken und auch von den zartesten Kindern anstandslos vertragen werden. Endlich wurde auf kräftige Ernährung gesehen. Mit diesem Heilverfahren wurden die besten Resultate erzielt. Sogar tuberkulöse, rhachitische, in ihrer Ernährung sehr heruntergekommene Kinder überstanden die Krankheit, selbst wenn sie schon mit Bronchopneumonie kompliziert war.

Digitized by Google

Dr. Frieser (Wien) empfiehlt das Antitussin bei der Behandlung des Keuchhustens. Dasselbe ist ein organisches Fluorpräparat, ein Salbenkörper, der aus fünf Teilen Difluordiphenyl, zehn Teilen Vaselin und 80 Teilen chemisch reinem Wollfett besteht. Von der Salbe wird ein haselnuss- bis walnussgrosses Stück je nach dem Alter des Kindes, nachdem die betreffende Hautpartie vorher mit warmem Wasser und Seife gründlich gereinigt und abgetrocknet worden ist, am Halse, im Intrascapularraum und auf der Brust vorn und seitlich eingerieben, bis das Salbenquantum in die Haut eingedrungen ist. Das wirksame Prinzip ist das organische Fluor, das von der Haut aus gut resorbiert und dem Säftestrom mitgeteilt wird. Auch das Einatmen von Fluor während und nach der Einreibung mag zu einem gewissen Teile zur Wirkung des Mittels beitragen. Die Heilungsdauer beträgt meist zehn Tage bis drei Wochen, doch ist meist schon nach den ersten Einreibungen eine wesentliche Besserung des Krankheitszustandes zu bemerken. Wird die Antitussinbehandlung bereits im Stadium catarrhale eingeleitet, so kann dem Auftreten der konvulsiven Anfälle meist vorgebeugt werden. Unangenehme Nebenwirkungen konnten nie beobachtet werden.

Dr. Manicatide hat durch Herstellung von Reinkulturen eines eigentümlichen Bacillus aus dem Sputum keuchhustenkranker Kinder und Überimpfung auf Schafe oder Pferde ein Serum gewonnen, durch welches die Zahl der Anfälle der damit behandelten Kinder vermindert wurde. Auch war die Heilung eine raschere als unter der Einwirkung anderer Behandlungsmethoden.

Die Chinintherapie des Keuchhustens von Dr. Heim (Pester med.-chir. Presse Nr. 31). — Über Aristochin, ein geschmackloses Chininderivat von Dr. Stursberg (Münch. med. Wochenschr. Nr. 45). — Verwendung des Pyridins gegen Keuchhusten von Dr. Cacchiole (Gaz. d. osp. Nr. 90. — Med. Blätter Nr. 40). — Über Pertussis und deren Behandlung von Dr. Frieser (Prag. med. Wochenschrift Nr. 7). — Die Serotherapie bei Tussis convulsiva von Dr. Manicatide (Spitalul Nr. 6. — Schm. Jahrb. 274. Bd. 6. H.).

Klumpfuss. Dr. v. Oettingen (Berlin) behandelt den angeborenen Klumpfuss bereits bei Säuglingen der ersten Lebenstage und -Wochen, natürlich vorausgesetzt, dass das Kind einigermassen kräftig ist. Der erste Akt ist die Redression. Sie erfolgt ohne Narkose und ohne Kraftinstrumente nur mit der Hand. Die Aufrollung des Fusses geschieht am zweckmässigsten so, dass der Fuss von der gleichnamigen Hand gabelförmig umgriffen und mit äusserster Langsamkeit (2—4 Minuten) aus der Equinovarusstellung in Valgusstellung übergeführt wird. Zuerst wird die Innenrotation in Aussenrotation verwandelt; alsdann wird gleichzeitig Adduktion, Supination und Plantarflexion behoben. Das Füsschen muss zum Schlusse „ganz lappig" sein und der stärksten Überkorrektur folgen. Es folgt nunmehr die Fixation. Verfasser benutzt dazu eine einfache, haarige Körperbinde (geliefert von Böhme, Berlin), welche in ihren ersten Touren durch ein harziges Fixationsmittel fest an den Fuss angeklebt werden kann, so dass ein Zug am Bindenkopf dem fixierten Fusse jede gewünschte Stellung verleiht. Die Anlegung des Verbandes erfolgt bei rechtwinklig gebeugtem Knie in pronierender Richtung. Die Binde gleitet vom Aussenrand der Fusssohle an der lateralen Seite des Unterschenkels bis zum Oberschenkel, wird über dem Knie medial herübergeführt und unter der Kniekehle weg wieder zur Aussenseite des Unterschenkels und in Spiraltouren zum Fusse zurückgebracht. Im ganzen werden drei derartige Touren, und zwar nur die erste unter kräftigem Zuge, angelegt. Der erste Verband wird nach zwei Tagen abgenommen zur Säuberung des Kindes und zur Kontrolle des erreichten Resultates. Nach derselben Methode werden die Verbände je nach der Schwere des Falles in verschiedenen Zeiträumen erneuert. Nach einigen Monaten kann man meist auf einen ständigen Verband verzichten und beschränkt sich zur Verhütung eines Rezidivs auf einen nachts angelegten elastischen Gummizug im Sinne des typischen Körperverbandes. Später, wenn das Kind laufen lernt, erhält es einen Stiefel mit einer aussen erhöhten Sohle, wodurch die gewöhnlich am längsten bestehen bleibende Innenrotation unmöglich gemacht wird. Im ganzen sind erst

Digitized by Google

26 Kinder nach dieser Methode behandelt worden; von Dauerresultaten ist noch nichts zu berichten, da die Praxis erst seit $^3/_4$ Jahren geübt wird.

Die Behandlung des angeborenen Klumpfusses beim Säugling von Dr. v. Oettingen (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 26–28. — Ärztl. Praxis Nr. 24).

Kochsalzinfusionen. An Prof. Antons psychiatrischer Klinik in Graz wurde, wie Dr. di Gaspero ausführt, die Kochsalzinfusionstherapie seit einem Dezennium mit bestem Erfolge geübt. Die Kochsalzinfusionen wirken nach Autor als Tonicum und als ein die Wirkung anderer therapeutischer Eingriffe anregender und unterstützender Hilfsfaktor. Für diese Therapie kommt in der Psychiatrie ein ziemlich breites Gebiet in Betracht, nämlich die Erschöpfungspsychosen, die Intoxikations- und im Anschluss daran die Stoffwechselpsychosen. Vorzugsweise kommen alle jene Formen in Betracht, die weitgehende Störungen der gesamten psychichen Funktionen aufweisen, Störungen des Bewusstseins, der Sinneswahrnehmungen, des Associationsablaufes, der Ideenverbindungen, des Gedächtnisses und der Merkfähigkeit, verbunden mit motorischen Erregungen, Angstparoxysmen und Lärmscenen. Geradezu indiziert erachtet Autor die Infusionstherapie bei denjenigen Psychosen, die mit einer raschen und tiefgreifenden Läsion, bezw. Aufhebung aller höheren psychischen und körperlichen Leistungen einhergehen und bei denjenigen Geistesstörungen, welche mit Kräfteverfall und Prostration, bedingt durch Abstinenz oder durch Organerkrankungen (Gastroenteritiden, Tuberkulose, Eiterungsprozesse u. s. w.) kompliziert sind. So sind zu nennen: das Delirium acutum, das Kollapsdelirium, der Stupor (Dementia acuta), die akut und rasch verlaufende sog. „galloppierende" progressive Paralyse, die Amentia, die Korsakowsche Psychose, die Katatonie, die Dementia paranoidea, endlich die hebephrenischen und klimakterischen Geistesstörungen und im Anfangsstadium die Melancholie, besonders in den komplizierten Formen. Nicht indiziert ist diese Therapie bei den einfachen konstitutionellen Psychosen z. B. der Manie, den unkomplizierten Involutionspsychosen, den hysterischen Geistesstörungen, den chronischen Psychosen mit geordnetem Hintergrunde (Paranoia) und bei den sogenannten sekundären psychischen Schwächezuständen resp. den Endstadien von Psychosen: sekundäre Demenz, Dementia praecox, Dementia paralytica, epileptische Demenz u. s. w.

Nach den klinischen Erfahrungen und dem Ausfall des Tierexperimentes behauptet Prof. Kuttner (Berlin), dass die von Pavel an Stelle der physiologischen Kochsalzlösung empfohlene Sodasalzlösung (7,5 ‰ Kochsalz und 2,5 ‰ Natroncarbon. calcinat.) wie jede Sodalösung bei subkutaner Verabreichung Gangrän der Haut verursachen, daher die physiologische Kochsalzlösung nicht ersetzen kann.

Über die Kochsalzinfusionstherapie bei Geisteskrankheiten von Dr. di Gaspero (Ther. d. Gegenw. 9. H.). — Ist die physiologische Kochsalzlösung durch die Tavelsche Salzsodalösung zu ersetzen? Von Prof. Küttner (Beitr. z. klin. Chir. 35. Bd. 1. H. — Schm. Jahrb. 276. Bd. 12. H.).

Kokain. Prof. Fuchs (Wien) verwendet das Kokain vor allem zum Zwecke jeder Operation, auch der kleinsten, wie Entfernen von Fremdkörpern aus der Hornhaut. Er tropft vor der Operation einige Male 5 %ige Kokainlösung ein und sieht darauf, dass zwischen den einzelnen Eintropfungen der Patient sein Auge geschlossen halte. Es ist nämlich unzweifelhaft, dass die Epithelläsion nach Kokainisierung noch viel stärker ausfällt, wenn auch noch die Austrocknung infolge selteneren Lidschlages dazu kommt. Bei stark injizierten Augen versagt oft die anästhesierende Wirkung des Kokains (besonders bei Iridocyclitis und entzündlichem Glaukom). Solche Operationen ohne Narkose ganz schmerzlos zu machen, gelingt überhaupt nicht; um aber doch dem Kokain wenigstens zu einer teilweisen Wirkung zu verhelfen, können wir die Eintropfung des Kokains durch folgende Mittel unterstützen: 1. Injektion einiger Tropfen Kokainlösung unter die Bindehaut an der Stelle, wo man den Einstich zu machen

Digitized by Google

beabsichtigt. 2. Eintropfung von Nebennierenextrakt, welches die Bindehaut blutleer macht und dadurch die Einwirkung des Kokains erleichtert. Das beste von den derzeit im Handel befindlichen Präparaten scheint Fuchs das englische Adrenalinum hydrochloricum zu sein, das in Form der 1:1000-Lösung, in der es geliefert wird, auch sofort angewendet werden kann. 3. Eine subkutane Morphineinspritzung vor der Operation. Bei Operationen an den Lidern ist das Kokain unter die Lidhaut, bei Operationen an den Augenmuskeln unter die Bindehaut, bei Operationen an den Tränenwegen in diese einzuspritzen. Selbst bei der Operation eines Chalazion pflegt Verfasser nebst der Einträufelung des Kokains in den Bindehautsack ein paar Tropfen in das Chalazion selbst einzuspritzen, wodurch die Auslöffelung desselben vollständig schmerzlos wird. Die anästhesierende Wirkung des Kokains kann man auch vorteilhaft gegen die Lichtscheu benutzen, welche namentlich bei Kindern mit skrofulöser Augenentzündung (Conjunctivitis eczematosa) oft so gross ist. Verfasser träufelt Kindern mit starker Lichtscheu des Morgens, wo die Lichtscheu am grössten zu sein pflegt, wiederholt Kokain ein wie zu einer Operation und in vielen Fällen erreicht er dadurch, dass die Kinder für eine halbe Stunde die Augen frei öffnen, worauf dann oft die ärgste Lichtscheu dauernd gebrochen ist. Auch bloss zu Zwecken genauer Untersuchung ist es oft wünschenswert, die Lichtscheu durch wiederholtes Einträufeln von Kokain wenigstens vorübergehend zu vermindern. Die pupillenerweiternde Wirkung des Kokains kann man zur Erleichterung der ophthalmoskopischen Untersuchung an stelle des Homatropins benützen, die intensivste Wirkung erhält man aber durch die Kombination von Kokain und Atropin in folgender Weise: Man kokainisiert das Auge zuerst wie zu einer Operation und legt dann das Körnchen Atropinsalz in den Bindehautsack ein. Verfasser verfährt auf diese Weise in Fällen heftiger Iritis, sowie behufs Zerreissung alter fester Synechien, oder endlich, um die Iris von einer kleinen frischen Perforationsstelle in der Hornhaut frei zu machen, die grösste Leistung, die man von einem Mydriaticum verlangen kann.

Über Kokain von Prof. Fuchs (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 38).

Krankenpflege. In sinnreicher Weise konstruierte Dr. Jacob (Berlin) einen fahrbaren Krankenhebeapparat, der es ermöglicht, einen Schwerkranken in recht kurzer Zeit vom Bette in das Bad und vice versa zu bringen, ohne demselben die geringste Unannehmlichkeiten zu bereiten. Auch ist die Umbettung eines Kranken in ein anderes Bett, der Transport, welcher mit Patienten, die infolge der Natur ihrer Erkrankung möglichst wenig erschüttert werden sollen, vom Bett auf den Operationstisch vorgenommen werden muss, die Reinigung der unteren Körperfläche eines Kranken, speziell bei vorhandenen Decubitus, etc. etc. auf bezw. mit dem Hebeapparat mit Leichtigkeit zu bewerkstelligen. Im Anschlusse an den erwähnten Apparat beschreibt Autor auch eine transportable und zusammenlegbare Badewanne, die aus Segeltuch gefertigt und absolut wasserdicht ist und zusammengelegt nur wenig Raum in Anspruch nimmt. Die Apparate werden von der Firma E. Leutz, Berlin NW. geliefert.

Prof. Krönig (Berlin) hat durch Befestigung eines Gummilakens an die vier Bettpfosten eine Art Bettwanne konstruiert, in der die Temperatur durch zehn Minuten währende Übergiessungen mit bis auf 14° abgekühltem Wasser durchschnittlich um 2° herabgesetzt werden kann. Die Krönigsche Bettwanne ist im Medizinischen Warenhaus, Berlin N., Friedrichstrasse 108, erhältlich.

Prof. Schwalbe (Berlin) empfiehlt ein von den Apothekern Kopp und Joseph in Berlin erfundenes neues Verfahren zur Bereitung von Kohlensäurebädern. Statt der bisher üblichen Salz-, Schwefelsäure und anderer Säuren benutzen sie zur Entwickelung der Kohlensäure aus dem Natriumbikarbonat eine Mischung von Essigsäure und Chlorcalcium; dadurch wird nicht nur eine Schädigung der meist gebräuchlichen Zinkwannen verhütet, sondern auch, besser als bisher, der Zusatz von gewissen Ingredienzien, die bei den

Digitized by Google

meisten anderen Verfahren zersetzt werden, ermöglicht. Es werden sowohl einfache Kohlensäurebäder, wie solche mit ätherischen Ölen, Fichtennadelextrakt und Eisengehalt verabfolgt.

Dr. Schrohe (Mainz) macht auf einen von Eydam konstruierten Apparat aufmerksam, der aus einer porösen Tonplatte besteht, auf welcher automatisch fortwährend ein terpentinreiches Harzöl verdunstet und so ohne Unterlass Ozon liefert. Das Ozon oxydiert die in der Luft vorhandenen Ausscheidungsstoffe und schafft damit eine reine Luft. Nicht, dass ein unangenehmer Geruch durch einen angenehmen, stärkeren verdeckt oder überboten wird, nein es wird tatsächlich eine wohltuende Frische der Zimmerluft erzeugt. Aber die Zerstörung der Auswurfsstoffe in der Luft ist nicht die einzige Wirkung des Ozons; es ist a priori auch eine günstige Einwirkung bei Erkrankungen der Luftwege und eine Verminderung des Keimgehaltes der Luft zu erwarten.

Eine einfache Vorrichtung zum Aufsaugen und Ableiten des Urins bei Harnfisteln beschreibt Dr. Holowko (Dwinsk). Ein gewöhnliches Luftkissen bekommt einen Gummiboden, der sich in der Mitte in einen 1 cm im Lumen haltenden Schlauch verjüngt. Um diese ganze Vorrichtung haltbarer zu machen, hat Holowko dieselbe aus Durit herstellen lassen, da er gewöhnlichen Gummi dazu ungeeignet fand. Dieses Luftkissen wird auf die Matratze gelegt und der Schlauch durch ein Loch in der Matratze unter das Bett geleitet, wo er in eine untergestellte Flasche, die etwas antiseptische Lösung — Verfasser bevorzugt dazu das Formalin — enthält, mündet. Es ist darauf zu achten, dass der Boden des Kissens sich nicht nach oben wölbt und einknickt, wodurch der Abfluss des Urins gehindert wird; deshalb ist an der Ansatzstelle des Schlauches an den Boden ein Metallrohr innerhalb des Schlauches angebracht; mit Hilfe eines Bändchens wird hier der Schlauch straff an das Bettgestell befestigt, wodurch der Boden nicht einknicken kann. Der Urin fliesst nun bequem ab, wird vor Zersetzung geschützt und jeglicher unangenehme Geruch beseitigt. Fabrikant: R. Détert in Berlin.

Dr. Sträter (Düsseldorf) hat für Decubituskranke eine Unterlage konstruiert, die sich dem Kranken in jeder Beziehung anpasst. Sie besteht aus einer 10 cm breiten und 12 cm langen Filzunterlage, die eine Öffnung von 4 cm Durchmesser hat und auf der oberen Fläche mit Klebestoff versehen ist, vermittelst dessen sie am Körper fest anhaftet, deshalb jede Bewegung des Kranken mitmacht und so die schmerzhafte oder wunde Stelle in jeder Lage vor Druck schützt.

Über seine neue Leibbinde und deren Wirkungsweise berichtet Dr. Ostertag (Barmen). Die Binde besteht aus einem Mittelstück, das durch zwei Träger nach oben und durch zwei Schenkelriemen nach unten festgehalten wird. Das Mittelstück besteht aus einem hinteren starren Teil von kräftigem Trikot. Die Leibbinde ist angezeigt bei einfachem Hängebauch, bei Wanderniere, nach Laparotomien. Ist die Laparotomienarbe mit einem starken Hängebauch verbunden, oder ist die Narbe von Anfang an schon sehr weich und nachgiebig, wie es nach grösseren Eiterungen im Bauchraum, besonders nach perityphlitischen Abscessen häufig der Fall ist, so hat Ostertag noch eine Verstärkung des Trikotbauchteils der Binde durch eine Pelotte für zweckmässig erachtet. Er lässt zu diesem Zweck eine Pelotte anfertigen, welche aus einer Platte von festem Stoff — Moleskin — besteht, auf die ein Beutel aus Trikot genäht ist. Dieser Beutel ist mit weichen Pflanzendaunen — Kapok — gefüllt. Die mit dieser Pelotte versehene Bauchbinde ist sehr gut im stande, Bauchhernien, selbst von grossen Dimensionen, exakt zurückzuhalten. Nur in wenigen Fällen von sehr grossen Bauchbrüchen versagt die neue Binde, dagegen hat Ostertag in zwei Fällen von Bauchhernie nach Laparotomie durch längeres Tragenlassen der Binde bei jüngeren Personen sogar vollständige Heilung der Hernie erzielt.

Eine flexible Beleuchtungslampe nach Dr. Meissner wird von der Firma E. Herrmann in Charlottenburg in den Handel gebracht. Die Konstruktion der

Digitized by Google

Lampe ist folgende: Auf einem ringförmigen Federbügel ist ein flexibles Rohr befestigt, welches an seinem freien Ende die Lampenfassung mit der Glühlampe trägt. Das Flexible-Rohr ist so eingerichtet, dass es die ihm einmal gegebene Krümmung beibehält, also nicht elastisch ist; es birgt in seinem Innern die Zuleitung. Diese eigentliche Lampe kann nun in folgender Weise verwandt werden: 1. Kann man dieselbe auf einen Metallfuss aufsetzen und sie verwenden zur Beleuchtung irgend eines auf dem Tisch liegenden Gegenstandes oder des Mikroskopes. 2. Kann die Lampe, mit gerade gestrecktem Rohr nach Art einer Schreibfeder gehalten, zum Ableuchten der Körperoberfläche oder der Mund- und Rachenhöhle dienen; 3. Kann die Lampe mittelst des Ringbügels auf einen Finger der Hand aufsetzen und bei operativen Eingriffen etc. sich das Operationsfeld hell erleuchten, ohne die Hand vollkommen auszuschalten. 4. Kann die Lampe mittelst der Ringfeder durch einen Griff am Stirnbügel befestigt werden.

Als nahrhaftes Getränk für Fieberkranke empfiehlt Dr. Leftwich folgende Limonade: Zwei Zitronen werden doppelt geschält, die äussere gelbe Rinde kommt in die Limonade mit den Zitronenscheiben, die darunter liegende weisse Rinde wird fortgeworfen. Die Citronenscheiben mit der gelben Rinde legt man mit zwei Stücken Zucker in einen Topf und giesst $^3/_4$ Liter kochendes Wasser darüber; während dasselbe abkühlt, rührt man die Masse zuweilen um. Sobald die Flüssigkeit lauwarm geworden ist, giesst man sie ab und quirlt sie, indem man langsam das Weisse von zwei Eiern zufügt. Schliesslich seiht man die nun fertige Limonade durch ein Musselintuch und lässt sie kalt trinken.

Ein fahrbarer Krankenhebeapparat und eine fahrbare, zusammenlegbare Badewanne von Dr. Jacob (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 6. Bd. 1. H.). – Über Bettbäder von Prof. Krönig (Zentralbl. f. d. ges. Ther. 5. H.). — Über die Bereitung von Kohlesäurebädern von Prof. Schwalbe (Deutsche med. Wochenschr. — Medico Nr. 39). — Ozon im Krankenzimmer von Dr. Schrohe (Ther. d. Gegenw. 8. H.). — Eine einfache Vorrichtung zum Aufsaugen und Ableiten des Urins bei Harnfisteln von Dr. Holowko (Zentralbl. f. Gynäk. Nr. 30. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 78). — Ein neues Mittel gegen Decubitus von Dr. Sträter (Münch. med. Wochenschr. Nr. 35). — Über eine neue Leibbinde von Dr. Ostertag (Monatschr. f. Geb. u. Gynäk. 15. Bd. 1. H. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 35). — Eine neue Beleuchtungslampe für den praktischen Arzt von Dr. Meissner (Med. Woche Nr. 22). — Ein nahrhaftes Getränk für Fieberkranke von Dr. Leftwich (Edinb. Med. Journ. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 29).

L.

Lähmungen. Über die orthopädische Behandlung der essentiellen Kinderlähmung sprach Prof. Hoffa im Verein für innere Medizin zu Berlin. Die orthopädische Behandlung dieser Deformitäten besteht zunächst in der Redression. Diese gelingt meist leicht. Im Notfall werden kleinere chirurgische Eingriffe mit herangezogen, subkutane Tenotomien oder offene Durchschneidung der verkürzten Weichteile. Das redressierte Gelenk wird durch einen Gipsverband längere Zeit fixiert. Jedoch entstehen nach der blossen Redression sehr häufig Rezidive, und die besseren Methoden sind: 1. die Anwendung rein orthopädischer Apparate, 2. die Sehnenplastik. Die Apparate haben den Nachteil, dass sie bei dauerndem Gebrauch einer Atrophie der Muskulatur Vorschub bieten. Deshalb sollen die Apparate täglich an- und ausgezogen und gleichzeitig energische Massage-Behandlung eingeleitet werden. Die Sehnentransplantation, macht heute auch Funktionsteilungen des Muskels, indem man nur ein Bündel des gesunden Muskels abtrennt und es auf die Sehne des gelähmten Muskels aufpflanzt. Durch die periostale Sehnenplastik wird einfach für einen gesunden Muskel ein neuer Ansatzpunkt geschaffen. Häufig muss man mit diesen Operationen Sehnenverkürzungen kombinieren.

Die einzelnen operativen Eingriffe der

Digitized by Google

Sehnenplastik bei Lähmungen bespricht Dr. Lange. In manchen Fällen kann man mit der einfachen Sehnenverkürzung zum Ziele kommen, wofür die Verkürzung der Sehne des Extensor carpi rad. bei partieller Radiuslähmung in überraschender Weise zeugt. Die plastische Sehnenverlängerung wird meist als Teiloperation bei komplizierten Sehnenüberpflanzungen ausgeführt. Der Hauptschwerpunkt des Verfahrens liegt in der eigentlichen Sehnenüberpflanzung, die meist in der absteigenden oder aktiven Methode ausgeführt wird (Vulpius). Die Sehne des kraftspendenden Muskels wird mit einem Teil in ihrem Verlauf belassen, während ein oder zwei seitliche Zipfel abgespalten und zur Kraftübertragung auf die Sehnen der gelähmten Muskeln überpflanzt werden. Als die aufsteigende oder passive Methode wird das Verfahren bezeichnet, bei dem die Sehne des gelähmten Muskels seitlich an die ungeteilte, in ihrem Verlauf belassene Sehne des Kraftspenders implantiert wird. Indirekte Sehnenüberpflanzung nannte Mainzer einen sinnreichen Notbehelf, wobei er eine benachbarte dritte Sehne benutzte, um die sonst unmögliche Verbindung zwischen Kraftspender und Kraftempfänger herzustellen. Lange befürchtete eine nachträgliche Dehnung der bei der Plastik benutzten gelähmten Sehnen und damit eine Gefährdung des Dauerresultates, weshalb er die sogenannte periostale Sehnenüberpflanzung ausführte. Er leitete die Sehne oder den Sehnenzipfel des kraftspendenden Muskels an den für die gewünschte Wirkung erforderlichen Knochenansatzpunkt und vernähte sie hier direkt mit dem Periost. Bei dem Versuch Langes, den gelähmten Quadriceps durch den Biceps und Semitendinosus zu ersetzen, waren die Sehnen beider Muskeln zu kurz, um an der Tub. tibiae vernäht werden zu können. Er vereinigte deshalb die Sehnen vor dem Knie und ersetzte das fehlende Stück durch eine Reihe Seidenfäden, welche er am Periost der Tub. tibiae festnähte. Die Fäden heilten reaktionslos ein, es bildete sich um dieselben eine künstliche Sehne aus richtigem Sehnengewebe, welche das Resultat garantierte. Auf diese Weise gelang zum ersten Male der Ersatz des gelähmten Quadriceps in funktionell ausreichender Weise. Später wandte Lange die Bildung künstlicher Sehnen aus Seide auch da an, wo die Sehne des Kraftspenders zu schwach war, um zwecks Plastik geteilt werden zu können, und erweiterte das Anwendungsgebiet derselben noch allgemeiner, da er 15—20 cm lange Seidenfäden mit guter Funktion einheilen lassen konnte.

Prof. Hoffa über die orthopädische Behandlung der essentiellen Kinderlähmung im Verein für innere Medizin zu Berlin (Med. Woche Nr. 28). — Dr. Lange über Sehnenplastik bei Lähmungen im unterelsässischen Ärzteverein (Münch. med. Wochenschr. Nr. 37).

Leberkrankheiten. Die Lebercirrhose ist nach Dr. Sears' und Dr. Lords Erfahrungen in einer grossen Zahl von Fällen nur der Ausdruck für die Wirkung einer systematischen Vergiftung. Die degenerativen Veränderungen in anderen Organen sind als Teilerscheinung dieses allgemeinen Prozesses zu betrachten, weniger als Komplikationen. Der Milztumor und die erweiterten Venen sind zum Teil durch die Pfortaderstauung bedingt, doch scheinen sie auch von der zu grunde liegenden toxischen Ursache abzuhängen, da sie gelegentlich auch bei geringen Leberveränderungen vorkommen. Die Gefässerweiterung kann eine gewisse Wirkung als kompensatorischer Vorgang haben, doch reicht sie nur selten aus, um dem Ascites vorzubeugen. Andauernde Gelbsucht und Hämorrhagien im Verdauungstraktus kommen selten vor, ehe die Bindegewebebildung weit vorgerückt ist. Als Ursache der Hämorrhagien fand sich meist ein Ösophagusvarix. Ascites war im allgemeinen ein spätes Symptom, sein erstes Auftreten war, mit seltenen Ausnahmen, mit einer gewissen Form peritonealer Entzündung verbunden. Andauerndes Fieber fand sich nur bei Komplikationen. Die chirurgische Behandlung kann in einer sehr kleinen Zahl von Fällen angezeigt erscheinen, doch muss der Beweis noch erbracht werden, dass der erfolgreich operierte Ascites durch Lebercirrhose und nicht durch andere koincidente Prozesse bedingt war.

Digitized by Google

Prof. Lewaschoff (Kasan) teilt die Ansicht der Franzosen, dass es eine echte kardiale Lebercirrhose gibt. Die vom Verfasser beobachteten Fälle, in welchen er bei Herzkranken das Symptomenbild einer Lebercirrhose entstehen sah, teilen sich in zwei Gruppen. In der ersten (sechs Beobachtungen) handelte es sich um Patienten mit starkem Ascites und davon abhängigen Atembeschwerden, aber ohne Hautödeme, die gar nicht oder nur wenig über Herzklopfen klagten und keine Alkoholisten waren. Dabei wiesen sie eine stark ausgeprägte cyanotische Verfärbung der Lippen, der Nase und der Extremitäten auf. Bei der Auskultation vernahm man ein systolisches Geräusch an der Herzspitze und eine Accentuierung des zweiten Tons der Pulmonalarterie, Erscheinungen, zu deren Zustandekommen die durch den Ascites hervorgerufene Beeinträchtigung des abdominellen Kreislaufes und der Atmung genügen können. Nach der Bauchparacentese verschwanden aber diese physikalischen Symptome nicht und zugleich konnte man sich von dem Vorhandensein einer ausgesprochenen Herzhypertrophie überzeugen. Man hatte es hier zugleich mit Lebercirrhose und mit einer Insufficienz und Stenose (letztere war gewöhnlich mehr ausgesprochen als erstere) zu tun. Die zweite Gruppe diesbezüglicher Beobachtungen umfasst viel zahlreichere Fälle, in denen dieselben objektiven und subjektiven Störungen, wie bei der ersten Gruppe vorhanden waren, mit dem Unterschiede aber, dass hier auch Ödeme der Unterschenkel auftraten, welche das ursprüngliche Krankheitsbild etwas verwischten. Diese Ödeme zeigten sich immer erst, nachdem der Ascites schon ausgebildet war. Es ist leicht einzusehen, dass das Hinzutreten einer Lebercirrhose zu einem Herzfehler die Prognose bedeutend trübt und die Behandlung des Kranken erschwert. Was letzte betrifft, so muss zur Bettruhe, zu wiederholten Punktionen des Ascites, zur Milchkur und zu den üblichen Herzmitteln gegriffen werden. Als harntreibendes Mittel hat Verfasser das Diuretin (Theobrominum natro-salicylicum) mit besonders gutem Erfolg angewandt. Die ganze Behandlung wirkt natürlich nur palliativ. Sie ermöglicht, den Kranken mehrere Jahre in einem leidlichen Zustand zu unterhalten, die Cirrhose bringt sie aber nicht zur Heilung.

Dr. Conveose redet der absoluten Milchdiät bei der Behandlung alkoholischer Cirrhosen der Leber das Wort. Gegen den üblen Nachgeschmack, der durch Zersetzung von Milchresten im Munde des Patienten verursacht wird, empfiehlt er Ausspülungen mit Vichy-Wasser. Bei hochgradigem Ascites Entziehung jeder Flüssigkeit und Versuch einer Fastkur. Im allgemeinen kann man den Patienten leicht auf 3 bis 4 Liter Milch bringen.

Dr. Schuster (Aachen) wendet bei Lebercirrhose Rektalinjektionen von Jodkali in Verbindung mit dem innerlichen Gebrauch von Jodtinktur an; letztere beginnt man mit zweimal täglich fünf Tropfen in Milch, jeden Tag gesteigert um einen Tropfen bis zu zweimal täglich 30—40 Tropfen, wodurch schliesslich die Diurese gesteigert wird.

Nach Prof. Kretz (Wien) ist die Erzielung eines befriedigenden Erfolges der Talmaschen Operation bei Lebercirrhose an das Vorhandensein einer noch halbwegs gut erhaltenen Funktion des Lebergewebes in der cirrhotischen Leber geknüpft. Die besagte Operation ist also kontraindiziert, wenn die Leberfunktion kennbar gestört ist, wenn also die Cirrhosis hepatis schon leichten Ikterus, Verminderung der Harnstoffausscheidung und Glykosurie resp. Lävulosurie bei diagnostischer Zuckereinfuhr besteht. Die Operation wird wahrscheinlich keinen befriedigenden Erfolg erzielen in allen Fällen mit extrem verkleinerten Lebern, weil die Träger dieser Cirrhosen ohnehin nur mehr mit dem Maximum ihrer Leberfunktion ihr Leben fristen, und sie wird wahrscheinlich erfolglos sein bei Ascites infolge von Lebervenenobliteration, die endlich zur absoluten Obstruktion des Durchtrittes von Pfortaderblut in die Cava führt. In jenen Fällen von Cirrhose mit Ascites, in denen noch eine gewisse Reserve von Leberfunktion besteht, ist die Talmasche Operation als nützlicher therapeutischer Eingriff anzusehen, weil die Leber bekanntlich die Fähigkeit besitzt, ihr Parenchym zu regenerieren. Wenn die Kranken

Digitized by Google

sich nach derselben entsprechend ernähren, so haben sie grosse Chancen auf eine dauernde Genesung.

Dr. Kümmell (Hamburg) hat bei sieben Kranken mit Lebercirrhose die Talmasche Operation vollführt. Zwei sehr elende Kranke gingen wenige Tage nach der Operation zu grunde; eine andere Kranke starb fünf Wochen nach der Operation. Der Ascites war fast vollkommen ausgeblieben. Ein Kranker ist über drei Jahre nach der Operation arbeitsfähig geblieben; ein Kranker starb ein Jahr nach der Operation an einer interkurrenten Krankheit, er war frei von Ascites. Ein in fast moribundem Zustande operierter Kranker wurde durch die Operation wieder vollkommen arbeitsfähig. Ob es möglich sein wird, durch die Talmasche Operation eine Heilung der Lebercirrhose herbeizuführen, bezweifelt Kümmell sehr. Wohl aber gelingt es, durch die Bildung von Kollateralbahnen in vielen Fällen die Stauung im Pfortadersystem zu beseitigen und vor allem das damit verbundene, für den Kranken lästigste und quälendste Symptom, den Ascites auf lange Zeit zu beseitigen und eine Rückbildung der Milzschwellung herbeizuführen.

Prof. Bunge (Königsberg) hat die Talmasche Operation in acht Fällen von Lebercirrhose und Ascites angewendet, mit zwei Misserfolgen, vier Heilungen, zwei Todesfällen. Im ganzen sind in der Literatur 90 Fälle mit 32 Heilungen des Ascites zu finden. Auch die Hämatemesis ist dabei geheilt worden. Er hält die Talmasche Operation mit Einnähung des Netzes eventuell auch der Milz für die beste Methode, der Pfortaderstauung entgegenzutreten. Die Milzeinnähung ist bis jetzt allerdings nur zweimal vorgenommen worden. Er hält sie für viel geeigneter zur Erzeugung von Kollateralen im Pfortaderkreislauf, wie das Netz. Bei den eventuell auftretenden Delirien, Krämpfen empfiehlt er, da nach seinen Tierexperimenten diese Erscheinungen auf die Umwandlung der Carbaminsäure in Harnstoff zurückzuführen sind, möglichste Vermeidung der Fleischnahrung. Er lässt die Operation auch beim Diabetes als gerechtfertigt erscheinen. Ikterus, Urobilinurie, überhaupt alle die Zustände, die eine mangelhafte Funktion der Leber dokumentieren, sind Kontraindikationen.

Dr. Frank (Wien) hat in sieben Fällen die Talmasche Operation ohne Narkose unter Schleichscher Anästhesierung ausgeführt. Da die Erfahrung lehrte, dass der Ascites durch die Laparotomiewunde nur sehr schwer entleerbar ist, so wurde meist der Ascites durch Punktion vorher entleert. In den meisten Fällen zeigte sich das Netz knollig geschrumpft, atrophisch, manchmal zu einem schmalen Bande am Kolon zusammengezogen. Unter starker Eversion des Peritoneums wurde nun im ganzen Bereiche des Schnittes eine möglichst grosse Flächenbefestigung des Netzes, mehrmals auch des Kolons an das Peritoneum ausgeführt. Nur in zwei Fällen wurde ein Netzpfropf intermuskulär vorgezogen und angenäht. Da der Zweck der Operation Schaffung von Anastomosen ist, so dürfte der Erfolg der Operation von der Ausbildung der Gefässe in dem fixierten Netze abhängig sein, der Misserfolg bei gefässarmer Beschaffenheit des angenähten Netzes in diesem Umstande begründet sein. Schlechte Beschaffenheit des Netzes kann die an sich einfache Operation, besonders bei lokaler Anästhesie, bedeutend erschweren.

Prof. Helferich (Kiel) glaubt, dass für den Erfolg der Talmaschen Operation neben der Herstellung neuer und der Erweiterung der bekannten vorgebildeten Verbindungen zwischen Pfortaderbahnen und dem grossen Kreislauf die Entstehung einer möglichst vollkommenen Verödung der Bauchhöhle durch Verwachsung der Eingeweide miteinander und mit der Bauchwand wesentlich sei; denn durch die letztgenannte Veränderung wird ein Ascites unmöglich gemacht.

Auch Dr. Ito und Dr. Omi (Kyoto, Japan) stellen aus ihren klinischen und experimentellen Ergebnissen den Satz auf, dass man bei der chirurgischen Behandlung des Ascites nach einer möglichst breiten Verwachsung der Baucheingeweide untereinander und mit der Bauchwand zu streben habe. Die Anheftung des Netzes, ob intra- oder extraperitoneal, genüge allein nicht, sondern sei nur ein Glied des Ganzen. Verfasser meinen, die Talmasche Operation könnte, in

Digitized by Google

der angegebenen Weise ausgeführt, eine viel grössere Zukunft haben, als ihr bisher zugestanden wird.

An einem Falle von alkoholischer Lebercirrhose mit Ascites hatte Dr. Franke (Braunschweig) die Talmasche Operation scheinbar mit gutem Erfolge ausgeführt, dann bekam er mit einem Male die Erscheinungen der Pylorusstenose. Es wurde die Gastroenterostomie gemacht, doch der Patient starb an Pneumonie am siebten Tage. Bei der Sektion fand sich eine Abknickung des Colon transversum mit grosser Kotstauung im zuführenden Abschnitt, die das Duodenum vollständig komprimierte. Franke glaubt, dass er offenbar das Netz in zu grosser Ausdehnung angenäht hatte. Er wird daher in einem nächsten Falle die Milz annähen.

Wie Dr. Wilms (Leipzig) auseinandersetzt, können Leberabscesse nach verschiedenen Grundkrankheiten spontan zur Heilung gelangen. Der sogenannte tropische Leberabscess hat die relativ beste Prognose, spontan auszuheilen, ebenso geben die nach Lebertraumen auftretenden Abscesse noch eine relativ günstige Aussicht. Weit ungünstiger sind die Chancen der Heilung bei den multipel auftretenden Leberabscessen, wie sie im Gefolge von Cholangitis und Cholecystitis, bei Entzündungen im Pfortadergebiet und bei Pyämie vorkommen. Autor berichtet über einen Fall, in welchem bei multiplen, an Cholangitis sich anschliessenden Leberabscessen nach der Operation Heilung eintrat.

Dr. Hammer gibt aus der Freiburger Klinik die Mitteilung eines neun Stunden nach der Verletzung wegen beginnender peritonitischer Erscheinungen operierten Falles von Leberstichwunde, die mit Jodoformgazedocht behandelt wurde und glücklich verlief, nachdem im Anfang eine starke Sekretion von Galle aus der Wunde die Verletzung eines grossen Gallengangs vermuten liess.

Die Symptome und Behandlung der Lebercirrhosis von DDr. Sears und Lord (Boston, med. and surg. Journ 147. Bd. 11 H. — Schm Jarhb. 276. Bd. 12. H. . — Über kardiale Lebercirrhosen und ihre Bedeutung für Diagnose und Therapie der Herzklappenfehler von Prof. Lewaschoff (Russk. Wratsch. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 18). — Über die Behandlung alkoholischer Cirrhosen der Leber von Dr. Conveose (New-York. Med. Journ. — Med. Blätter Nr. 11). — Dr. Schuster über Lebercirrhose und Diurese auf der Naturforscherversammlung zu Karlsbad (Münch. med. Wochenschr. Nr. 43). — Prof. Kretz über Indikationen der Talmaschen Operation in der Gesellschaft der Ärzte in Wien (Münch med. Wochenschr. Nr. 12). — Die chirurgische Behandlung des Ascites bei Lebercirrhose von Dr. Kümmel (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 14. — Schm. Jahrb. 274. Bd. 5. H.). — Prof. Bunge über die Talmasche Operation auf dem Chirurgenkongresse zu Berlin (Med. Woche Nr. 21). — Dr Frank über die Talmasche Operation in der Gesellschaft der Ärzte in Wien (Zentralbl. f. d. ges. Ther. 5. H.). — Prof. Helferich über die Talmasche Operation bei Lebercirrhose im physiologischen Verein in Kiel (Münch. med. Wochenschr. Nr. 41). — Die chirurgische Behandlung des Ascites von DDr. Ito und Omi (Deutsche Zeitschr. f. Chir. 62 Bd. — Ther. d. Gegenw 2. H.). — Dr. Franke über eine Gefahr der Talmaschen Operation auf dem deutschen Chirurgenkongresse zu Berlin (Med. Woche Nr. 21). — Operative Behandlung multipler durch Cholangitis und Cholecystitis entstandener Leberabscesse von Dr. Wilms (Münch. med. Wochenschr. Nr. 13). — Zur Kasuistik der Leberverletzungen mit Beteiligung grosser Gallenwege von Dr. Hammer (Beitr. z. klin. Chir. 31. Bd. 3. H.).

Lepra. Dr. Bettmann stellte dem naturhistorisch-medizinischen Verein zu Heidelberg einen leprakranken 15jährigen Knaben vor, der seit drei Jahren in einem Knabenpensionat lebte, in dem er das Schlafzimmer mit einer grösseren Anzahl von Mitschülern (bis zu 11!) teilte. Trotzdem nicht die geringsten Vorsichtsmassregeln ergriffen waren, und trotzdem der Kranke infolge seiner Nasenaffektion enorme Mengen von Leprabacillen verstreut, scheint keinerlei Weiterübertragung seiner Krankheit stattgefunden zu haben. Bettmann bespricht die Massregeln, die gegen die Weiterverbreitung der Lepra ergriffen werden müssen. Vereinzelte Fälle der Erkrankung, die nach leprafreien Ländern gelangen, verlangen nach Bettmann, keine allzu strenge Isolierung. Man kann solche Patienten in häuslicher Pflege belassen, wenn sie die Garantien bieten, dass gewisse Vorsichtsmassregeln eingehalten werden (Schlafzimmer, Ess- und Trinkgeschirr, Leib- und Bettwäsche, Nasenschleim!).

Die Lokaltherapie der Lepra besprach Dr. Unna im Postgraduate College

Digitized by Google

des West-London-Hospitals. Die am meisten brauchbare Hauptkur gegen die subkutanen Leprome und kutanen Neurolepride besteht in einer universellen Pyrogallol-Schmierkur, die bis zur Heilung fortgesetzt werden kann. Man beginnt mit schwächer prozentuierten Salben, z. B.:

Pyrogallol	2,0
Acidi salicylici	1,0
Vaselini ad	100,0

und steigt, wenn es gut vertragen wird, schliesslich bis auf:

Pyrogallol	10,0
Acidi salicylici	5,0
Vaselini ad	100,0

Dabei ist es ratsam, die lepromfreien Hautbezirke nur mit den schwächer prozentuierten Salben behandeln zu lassen, an den stärkst befallenen Regionen, speziell also gewöhnlich Gesicht und Extremitäten, die stärker prozentuierten zu verwerten. Zur Behandlung der oberflächlichen, kleinpapulösen und tuberösen Cutislepromen dient folgende kaustische Paste:

Kalii caustici
Calcariae ustae
Saponis viridis
Aqu. dest. āā part. aequales

Für die kleineren herdweise auftretenden und für die zwischenliegende, relativ gesunde Haut dient dagegen folgende Verdünnung:

Past. causticae	2,0—5,0
Vaselini ad	100

Die Pyrogallolschmierkur wie auch die Kalischmierkur, erfordert die kontinuierliche innere, reichliche Darreichung von Salzsäure, um den schädlichen Einfluss des Kalis auf das Herz und die Blutkörperchen aufzuheben. Bestehen Komplikationen der Lepra mit Herzaffektionen, starker Anämie u. s. f., so ist es geraten, statt der Kalischmierkur eine entsprechende Natronschmierkur anzuordnen. Bezüglich der Allgemeinbehandlung der Lepra setzt Unna allen anderen Methoden voran die Behandlung mit dem Chaulmoograöl. Könnten alle Patienten dieses Mittel in den notwendigen grosser Dosen andauernd vertragen, so würde es für Lepra das sein, was Quecksilber für die Syphilis ist und von einer Leprapanik wäre nie die Rede gewesen. Leider aber verträgt der Darmkanal der meisten Leprösen dieses Mittel längere Zeit hinaus nicht. Viel besser schon wird es in Form der keratinierten Gynokardseifenpillen vertragen, welche Unna durch Verseifung des Chaulmoograöles selbst herstellen lässt. Doch hat er auch hin und wieder einen Patienten gefunden, dessen Darm diese Medikation auf die Dauer nicht zuliess. Immerhin lässt er alle Leprösen andauernd und jahrelang nach der Heilung der Hautlepra durch lokale Mittel die Gynokardseifenpillen, an- und absteigend, etwa nach Art der Arsenpillen fortnehmen. Ausserdem legt Unna grosses Gewicht darauf, dass die Muskelarbeit aller Leprösen systematisch vermehrt werde, wodurch er das Allgemeinbefinden zu bessern glaubt. Endlich macht Unna noch auf das Thiosinamin aufmerksam, durch dessen Injektion das kollagene Gewebe in und um die Leprome erweicht wird und unter Umständen massenhaft Bacillen ins Blut gelangen und dort zu grunde gehen. Speziell scheint dieses mit den Resten von grossen Lepromen der Fall zu sein, welche unter dem Einflusse der Kalischmierkur in Narbenkeloide eingebettet sind.

Dr. Bettmann über zwei Fälle von Lepra im naturhistorisch-medizinischen Verein zu Heidelberg (Münch. med. Wochenschr. Nr. 4). — Dr. Unna über die Lokaltherapie der Lepra im Postgraduate College des West-London-Hospitals (Ther. d. Gegenw. 7.).

Leukämie. Prof. Leube (Würzburg) ist der Ansicht, dass bei der Leukämie eine spezifische Noxe den Blutbildungsprozess in der Weise beeinträchtigt, dass verzugsweise die farblosen Blutzellen in ihrer Entwickelung gestört werden. Durch eine spezifische Noxe wird ein krankhafter stärkerer Wachstumsreiz in den blutbildenden Geweben des Körpers, und zwar speziell die Bildung der weissen Blutzellen angeregt. Infolgedessen kommt es zu einer Überschwemmung des Blutes bald mit Lymphocyten, bald mit Leukocyten, mit reifen und unreifen Formen derselben. Diese Veränderung des Blutes wird teils durch die fortdauernde Wirkung jenes pathologischen Reizes auf die blutbildenden Organe, teils durch eine mangel-

Digitized by Google

hafte Verwendung der übermässig produzierten farblosen Blutzellen im Körperhaushalt andauernd unterhalten. Die Prognose ist absolut ungünstig, der Exitus letalis ist der einzige Ausgang der Krankheit. Abgesehen von den akut sich abspielenden, durch ihren rapiden, oft fieberhaften, an eine schwere Infektionskrankheit erinnernden Verlauf ausgezeichneten Fällen, welche in wenigen Tagen oder Wochen zum Tode führen, beträgt die Dauer der Krankheit 1—4 Jahre. In therapeutischer Hinsicht verdient am ehesten noch das Arsen einiges Vertrauen, unter dessen Gebrauch in vereinzelten Fällen Besserung der Blutbeschaffenheit, Stillstand der Milz-Vergrösserung und Verschwinden der hämorrhagischen Diathese beobachtet wurde. In zweiter Linie kämen noch Chinin und Eisen in Betracht. Alle weiteren therapeutischen Bestrebungen, abgesehen von den symptomatischen Indikationen, haben sich als nutzlos erwiesen.

Über Leukämie von Prof. v. Leube (Deutsche Klinik Nr. 42. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 33).

Leukoplakia bucco-lingualis. Die merkurielle oder Jodtherapie dieses Übels ist nach Dr. Bockhardt machtlos, man beobachtet sogar Verschlimmerungen dieses metasyphilitischen Zustandes nach antisyphilitischen Kuren. Umso wichtiger ist es, den Kranken das Rauchen zu verbieten, so zwar, dass sie auf den Tabakgenuss ganz und gar verzichten müssen. Wenn nun solche Patienten sich die kranken Stellen mit Perubalsam einreiben und den Mund öfters mit 3%iger Kochsalzlösung ausspülen, kann eine baldige Besserung, und bei geduldiger Fortsetzung dieser Behandlung vollständige und dauernde Heilung erzielt werden. Die Behandlung mit den üblichen Adstringentien soll ohne Nutzen sein.

Zur Behandlung der Leukoplakia buccolingualis von Dr. Bockhardt (Monatsh. f. prakt. Dermat. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 5. H.).

Lichttherapie und Röntgenstrahlen. Eine Übersicht über die therapeutische Anwendung des Lichtes gibt Dr. Bié (Kopenhagen). 1. Finsens Behandlung von Pocken mit rotem Lichte beruht darauf, dass durch Ausschliessung der entzündungserregenden Wirkung der chemischen Lichtstrahlen auf die Haut Eiterung in den Vesikeln und damit Sekundärfieber und Narben vermieden werden. 2. Die Rotlichtbehandlung anderer exanthematischer Krankheiten ist noch nicht durchgeprüft. Backmann und Chatirière haben günstige Resultate mit der Behandlung bei Masern und Krukenberg mit der Behandlung bei Erysipel erzielt. 3. Die von Kellogg konstruierten Glühlampen-Schwitzbäder können nur als reine Schwitzbäder betrachtet werden, die keine spezifische Wirkung ausüben. Darüber scheint Einigkeit zu herrschen, dass sie als Schwitzbäder die vollkommensten von allen darstellen. 4. Die von verschiedenen russischen Ärzten, speziell Minin, benützten lokalen Beleuchtungen mit Glühlampen oder Bogenlampen haben keinen Anspruch auf Interesse. 5. Die allgemeine Lichttherapie der Zukunft werden unzweifelhaft Sonnenbäder ohne nachfolgende Einpackung sein oder elektrische Bogenlichtbäder mit Lampen von 150—200 Ampère ohne Schweissbildung. Wir wissen zur Zeit noch zu wenig von den allgemeinen Wirkungen des Lichtes, um für den Augenblick bestimmte Indikationen aufstellen zu können. 6. Die einzige lokale Lichtbehandlung, deren Wirkung festgestellt ist, ist Finsens Behandlung der Hautkrankheiten mit konzentrierten chemischen Lichtstrahlen. Die ausgezeichneten kosmetischen Resultate sind dem Umstande zuzuschreiben, dass die Behandlung die denkbar schonendste ist. Nichts wird zerstört, es gibt keine Schrumpfungen, die Narben sind weiss und glatt. Gleichfalls infolge der schonenden Natur der Behandlung kann man nicht nur das kranke Gewebe behandeln, sondern auch das diesem benachbarte gesunde Gewebe; hierdurch vermindert sich die Gefahr eines Rezidivs. Die Behandlung ist schmerzfrei. Der kurative Effekt ist ausgezeichnet. Von 640 Patienten brauchten nur 1,7% die Behandlung wegen schlechten Resultates aufzulassen. 85% hatte ein absolut günstiges Behandlungsresultat aufzuweisen, nur bei 15% war

Digitized by Google

die Besserung so langsam, dass das Resultat als minder günstig bezeichnet werden muss. Die Rezidivverhältnisse sind günstige. Bei Lupus erythematodes sind die Resultate etwas schwankend, bei Alopecia areata, Naevus vasculosus, Acne vulgaris, Acne rosacea und Epithelioma cutaneum sind sehr günstige Resultate erzielt worden, zumal in Ansehung dessen, dass es sich fast stets um schwere Fälle handelte, welche durch keine anderen Behandlungsmethoden zur Heilung geführt werden können.

Dr. Marcuse (Mannheim) berichtet über Erfahrungen an 400 Patienten mit Glüh- und Bogenlicht. Die Glühlichtbehandlung ist nur eine Wärmeprozedur, allerdings die beste, über die wir verfügen, schnell und sicher Schweiss erzeugend. Zuweilen kommen aber auch Nebenwirkungen aufs Herz vor. Bei Fettleibigkeit sind sie ganz ohne Wirkung. Das Bogenlicht erweist sich nutzbringend bei funktionellen Neurosen, vielleicht nur suggestiv wirkend. Die lokale Bestrahlung dagegen ist unwirksam, z. B. bei Neuralgien. Die Lichttherapie muss in erster Reihe eine Sonnentherapie sein. Die Luft gibt den Sonnenstrahlen erst die volle Wirkung.

Seine Beobachtungen über die Anwendung des Tallermannschen Apparates und der Lichttherapie publiziert Dr. Neumann (Baden-Baden). Er kam zu dem Resultate, dass bei sehr schweren Affektionen einzelner Gelenke mit Veränderung der Knorpel der Gelenkkapseln und der Sehnenscheiden und dadurch bedingter Unbeweglichkeit der Tallermannsche Apparat die besten Erfolge zeitigt, während das Bogenlicht in solchen Fällen grosse Vorteile bietet, in denen gleichzeitig auf alle Gelenke eingewirkt werden soll oder Veränderungen am Herzen bestehen. Ganz auffallend war die günstige Einwirkung der Jandus-Lampe auf drei Fälle von peripherischer Muskelatrophie nach Neuritis, in denen mit der schnellen Besserung der neuritischen Erkrankung eine ebenso prompte Zunahme der Muskulatur zu beobachten war. Hingegen wurden bei essentieller Kinderlähmung ebenso wenig Erfolge erzielt, wie bei spastischer Spinalparalyse. In sechs Fällen von subkutaner und chronischer Nephritis verloren fünf Kranke nach 14—20-tägiger Behandlung mit der Jandus-Bogenlampe und gleichzeitiger Benutzung der Thermalbäder die Albuminurie vollständig, der eine Patient behielt zwar noch 0,5—1‰ Eiweiss, wurde aber im Allgemeinbefinden und im Kräftegefühl wesentlich gehoben. Die Möglichkeit, den Diabetes mittelst Lichttherapie zu heilen, verweist Neumann nach seinen Erfahrungen in das Reich der Fabel. Im Gegensatz zu den kritiklosen Lobrednern der elektrischen Lichtbehandlung warnt er schliesslich vor der Anwendung des elektrischen Lichtbades, wie aller stärkeren feuchten oder trockenen Wärmeapplikationen selbst bei wenig ausgesprochener Tuberkulose.

Nach Dr. Krebs Erfahrungen steht bei der Wirkung der Glühlichtbäder deren schweisstreibende Eigenschaft im Vordergrunde, ohne dass es zwischen rotem und farblosem Glühlicht grössere Unterschiede gäbe. Im allgemeinen, wandte Autor die Glühlichtbäder bei Krankheiten an, bei denen eine schweisstreibende und hauthyperämisierende Wirkung von Erfolg zu sein pflegt. Der therapeutische Erfolg des Bades im Glühlichtkasten unterscheidet sich nur unwesentlich vom ähnlichen Heissluftbade. Die Vorzüge des ersteren wären, dass der Schweissausbruch im Lichtbade nach kürzerer Zeit und bei niedriger Temperatur ceteris paribus erfolge als im Heissluftkasten, und dass die ganze Schwitzprozedur dort für den Patienten angenehmer sei als hier. Die an den Glühlichtkästen gleichzeitig angebrachten Bogenlampen hält Krebs für überflüssig. Eine besondere „leukocytoseerregende" Wirkung des Bogenlichtes habe er nicht nachweisen können. Die therapeutischen Erfolge mit dem Bogenlichtbestrahlungsapparat führt Krebs im wesentlichen auf Wärmewirkung zurück. Auch die bei Neuralgien verwendeten blauen Glühlampen mit reflektierendem Parabolspiegel wirken nach Krebs ebenfalls hauptsächlich durch Wärmeentwickelung.

Dr. Danilow berichtet aus Dr. Minins Abteilung des Militärhospitals zu St. Petersburg über die therapeutische Anwendung des blauen elektrischen Lichtes

Digitized by Google

bei neuralgischen resp. neuritischen Affektionen. Autor ist der Ansicht, dass das blaue elektrische Licht zwar kein spezifisches Mittel gegen sämtliche Neuralgien wäre, doch dürfen wir es zu denjenigen schmerzstillenden Mitteln rechnen, mit deren Hilfe man häufig eine vollständige Heilung herbeizuführen vermag.

Dr. Weljaminow stellte Bakterienstudien in der Weise an, dass verschiedene Kulturen dem Finsenlichte ausgesetzt wurden und überall zeigte sich, dass, unbekümmert um den Nährboden, die Bakterien zu grunde gingen. Jeder Quadratzentimeter infizierter Oberfläche verbraucht je nach der Bakterienart 1 bis 30 Kilogrammmeter Energie. Auch histologische Untersuchungen der mit Finsenschem Lichte behandelten Gewebe wurden in reichem Masse vorgenommen und die destruktive Wirkung der Finsenstrahlen festgestellt; aber auch die Neubildung von Narbengewebe nachgewiesen.

Prof. Rieder (München) ist zu dem Ergebnis gekommen, dass die Röntgenstrahlen eine baktericide, bezw. bakterienentwickelungshemmende Eigenschaft besitzen. Die Anordnung der Versuche war so getroffen, dass alle anderen Wirkungen, die von der Röntgenröhre ausgehen konnten, ausgeschlossen waren. Trotz dieser Ergebnisse verneint Verfasser die Möglichkeit, die Röntgenstrahlen praktisch dazu zu verwenden, die Bakterien bei infizierten Menschen und Tieren innerhalb des Organismus abzutöten. Es zeigte sich, dass künstlich infizierte und dann öfters bestrahlte Tiere häufig schneller zu grunde gingen als die Kontrolltiere, die ebenfalls infiziert, aber nicht bestrahlt wurden. Derselbe Misserfolg würde wohl bei der Bestrahlung von Menschen, z. B. Tuberkulösen eintreten, da die erforderliche intensive Bestrahlung eine deletäre Wirkung auf die Haut ausüben würde und durch Hervorrufung von ulcerösen und nekrotisierenden Prozessen den Patienten erheblich schädigen würde. Die heilende Wirkung der Röntgenstrahlen bei Hautkrankheiten, wie Lupus u. a., beruht nicht auf ihrer baktericiden Wirkung, sondern auf der Hervorrufung einer reaktiven Entzündung der Haut.

Dr. Freund (Wien) behauptet, dass sämtliche Methoden der Behandlung von Hautkrankheiten durch Licht und Elektrizität auf derselben physikalischen Grundlage beruhen und dass die Wirkung der Strahlen auf den Körper gerade wie bei chemischen Substanzen von der Dosierung abhängig ist. In schwachen Dosen befördern die Strahlen organische Vorgänge, wie das Wachsen der Haare etc., in stärkeren setzen sie die Lebensfähigkeit herab und erzeugen Entzündungen. Die klinischen Wirkungen aller lichttherapeutischen Methoden sind ähnlich, die physiologischen stehen in direktem Verhältnis zur Intensität der Bestrahlung und im umgekehrten zur Wellenlänge. Ströme von hoher Frequenz wirken nur durch die Funkenentladungen und sind der Lichttherapie zuzuzählen. Sie sind von Nutzen bei Pruritus und Lupus erythematodes. Röntgenstrahlen sind von Erfolg bei Herpes tonsurans, Favus, Sykosis und Hypertrichosis, d. h. überall da, wo es sich um Entfernung von Haaren handelt; baktericide Wirkung besitzen sie nicht. Gegen Lupus vulgaris wirken Röntgenstrahlen und Finsens Methode gleich gut, die Behandlung dauert etwa gleich lange und der kosmetische Erfolg ist derselbe. Redner empfiehlt, zuerst die grossen Flächen nach Röntgen zu behandeln, zurückbleibende kleinere Herde nach Finsen. Die ultraviolette Lampe hat die Finsenlampe noch nicht verdrängen können, da letztere eine grössere Tiefenwirkung entfaltet.

Dr. Oudin empfiehlt zur Vermeidung der durch Röntgenstrahlen erzeugten „Radiodermitis“ folgendes Verfahren: Die erste Sitzung dauert nur 30 Sekunden, die zweite, 48 Stunden später, eine Minute, die dritte, wieder 48 Stunden später, $1^1/_2$ Minuten, und so wird die Dauer alle zwei Tage um $^1/_2$ Minute, bis zu drei Minuten vermehrt. Dann werden die Sitzungen acht Tage lang ausgesetzt, und, wenn sich dann nicht das geringste Reizsymptom zeigt, wird mit drei Minuten begonnen und allmählich auf fünf Minuten gestiegen. Diese Dauer wird bis zum Schluss der Behandlung niemals überschritten.

Prof. v. Leyden (Berlin) sprach im

Digitized by Google

Verein für Psychiatrie und Nervenheilkunde über Röntgenphotographie im Dienste der Rückenmarkskrankheiten. Wenn auch die physiologische Diagnostik der Nervenkrankheiten sehr weit gediehen ist, so kann man dasselbe nicht von der pathologisch-anatomischen Diagnostik sagen; die Inspektion und Palpation der Organe lasse hier im Stich, sofern es sich nicht um Veränderungen der knöchernen Hülle handle. In diesem Sinne habe die Röntgenphotographie gewisse Vorteile gebracht, wenn auch die Substanz des Rückenmarks nicht der Röntgenphotographie zugänglich sei, aber manches wichtige über die Beziehungen zwischen knöcherner Hülle und Substanz lasse sich doch aussagen. Es kamen zur Beobachtung Fälle von Myelitis und Spondylitiden, Drucklähmungen durch Kyphoskoliose rhachitischer Natur; in beiden Fällen gab erst das Röntgenbild vollen Aufschluss über die Natur des Leidens. Ebenso wertvoll war die Röntgenphotographie bezüglich einiger Fälle von Spondylose rhizomyelique, eines Falles von bösartigem Tumor der Wirbelsäule, zwei Fällen von Trauma, Myelitis, Tabes.

Nach Dr. C. und Dr. A. P. Staberias (Barcelona) Erfahrungen ist die Diagnose bezüglich des Vorhandenseins von Nierensteinen auf röntgographischem Wege in allen Fällen möglich, wo nicht folgende drei Umstände zusammentreffen: 1. Ausserordentliche Körperfülle des Patienten, 2. Winzigkeit des vorhandenen Steines, 3. transparente Natur desselben. Ist der Patient stark beleibt, so kann der Stein auf der Platte sichtbar werden, falls er ansehnliche Grösse hat, resp. bei kleinem Volumen aus undurchdringlicher Substanz besteht (Oxalate), und umgekehrt wird bei schmächtigen Individuen die Diagnose gestellt werden können, selbst wenn der vorhandene Stein ziemlich transparent oder sehr klein ist. In zweifelhaften Fällen, wo in den Nierengegenden auf der Platte Flecke erscheinen, die eine sichere Deutung nicht ermöglichen, ist die Belichtung von zwei oder mehr Kontrollplatten unumgänglich, um die Diagnose zu stellen. Die peinliche Vergleichung dieser Platten wird in vielen Fällen über die Bedeutung eines Schattens Aufklärung verschaffen, welche sonst vielleicht unmöglich zu erreichen sein dürfte. Handelt es sich tatsächlich um die Anwesenheit eines Nierensteines, so wird der betreffende Schatten in allen Platten dieselben Verhältnisse bezüglich der Lage, Dicke, Grösse und Gestalt aufweisen. Übrigens ist zu bemerken, dass Verfasser in den meisten Aufnahmen der Nierengegend einen kleinen Fleck in der Nähe der rechten Nierengegend unterhalb derselben entdeckt haben, welcher nach seiner Gestalt und Dicke fälschlich für einen Nierenstein aufgefasst werden könnte.

Dr. Albers-Schönberg (Hamburg) konstruierte einen Apparat, der es gestattet, die Nierensteine dadurch schärfer und deutlicher auf die photographische Platte zu bringen, dass die Platte möglichst dicht an die Nieren herangebracht und die Distanz zwischen Lichtquelle und Platte durch tiefes Eindrücken des die Lichtquelle enthaltenden Rohres in die Bauchwand nach Möglichkeit verringert wird, so dass er auch Konkremente, die sonst nicht zu sehen sind, festhalten kann.

Ein transportables Röntgen-Universalinstrumentarium für den Gebrauch des praktischen Arztes beschreibt Dr. Metzner (Dessau). Der Apparat, der von Friedrich Dessauer, Aschaffenburg gebaut wurde, ist übersichtlich in seinen Verhältnissen, jederzeit gebrauchsfertig, klein und leicht, daher transportabel und verhältnismässig billig, für Akkumulator- wie gleichzeitig Starkstrombetrieb (Gleich- und Wechselstrom) jeder Spannung von 18 bis 220 Volt geeignet und stellt somit ein ganz eminent leistungsfähiges, für alle Zwecke des praktischen Arztes brauchbares Instrumentarium dar, sowohl zur Erzielung ausserordentlich heller, kontrastreicher, ruhiger Bilder auf dem Leuchtschirm und zu therapeutischen Zwecken, wie zur Erreichung kürzester Expositionszeiten für photographische Aufnahmen.

Dr. Bié und Dr. Marcuse über Lichttherapie auf dem Kongresse für innere Medizin in Wiesbaden (Med. Blätter Nr. 32). — Beobachtungen aus dem Landesbade in Baden-Baden von Dr. Neumann (Deutsch. Arch. f. klin. Med. 73. Bd. — Ther. Monatsh 9. H.). — Dr. Krebs über Erfahrungen mit der Lichttherapie in der Gesellschaft

Digitized by Google

der Charitéärzte zu Berlin (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 6. Bd. 1. H.). — Beitrag zur Frage der therapeutischen Anwendung des blauen elektrischen Lichtes von Dr. Danilow (Ther. d. Gegenw. 9. H.). — Die Phototherapie nach Finsen auf Grund von experimentellen und klinischen Untersuchungen in der chirurgischen Klinik der militärmedizinischen Akademie von Dr. Weljaminow (Wratsch Nr. 4. — Zenralbl. f. d. ges. Ther. 7 H.). — Nochmals die bakterientötende Wirkung der Röntgenstrahlen von Prof. Rieder (Münch. med. Wochenschr. Nr. 10. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 25). — Dr. Freund über die Behandlung der Hautkrankheiten durch Licht und Elektrizität in der British Medical Association zu Manchester (Münch. med Wochenschr. Nr. 37) — Dr. Oudin über unangenehme Erscheinungen bei den X-Strahlen auf dem Kongresse für Elektro- und Radiologie zu Bern (Zeitschr. f. diät. und phys. Ther. 6. Bd. 8. H.). — Prof. v. Leyden über Röntgenphotographie im Dienste der Rückenmarkskrankheiten im Verein für Psychiatrie und Nervenheilkunde zu Berlin (Med. Woche Nr. 51). — Einige Betrachtungen über die Diagnose von Nierensteinen mit Hilfe der Röntgenstrahlen von DDr. C. und A. P. Staberia (Fortschr. auf d. Geb. d. Röntgenstr. 5. Bd. 3. H. — Medico Nr. 15). — Dr. Albers-Schönberg über einen Röntgenapparat auf dem deutschen Chirurgenkongresse (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 31). — Transportables Röntgen-Universalinstrumentarium für den Gebrauch des praktischen Arztes von Dr. Metzner (Münch. med. Wochenschr. Nr. 24 — Med. Blätter Nr. 30).

Lungenchirurgie. Praktisch kommen nach Prof. Quincke (Kiel) chirurgische Eingriffe an der Lunge fast nur für solche Prozesse in Frage, die mit Eiterbildung einhergehen. Für die nicht tuberkulösen Eiterhöhlen der Lunge hängt der Erfolg des chirurgischen Eingriffes wesentlich von der Zeit ihres Bestehens ab. Akute Erkrankungen heilen gut, chronische schwer. Für sie ist ausser Eröffnung die Entspannung der Brustwand erforderlich. Begleitende Putrescenz macht beide Arten von Fällen schwerer, indessen ist sie ein sekundäres Symptom, das auftreten und verschwinden kann. Die Fremdkörperabscesse sind wohl ausnahmslos putrid. Möglichst baldige Entfernung des Fremdkörpers durch die Bronchien ist die dringendste Aufgabe für den Chirurgen. Ist es zu putriden Abscessen gekommen, so ist auch ohne die bestimmte Lokaldiagnose einer vorhandenen Höhle möglichst baldige Anlegung einer Bronchialfistel unter dem rechten Schulterblattwinkel zu empfehlen, denn auch wenn der primäre Abscess nicht getroffen wird, kann man doch hoffen, durch Ableitung des putriden Sekretes weiteren sekundären Herden vorzubeugen. Was die tuberkulösen Abscesse der Lunge anlangt, so haben die, wenn auch nicht sehr zahlreichen Versuche gezeigt, dass man mit der blossen Eröffnung der meist im Oberlappen gelegenen Herde nichts erreicht. Diese Höhlen können sich nur bei nachgiebig gemachter Brustwand verkleinern. Das Nachgiebigmachen der Brustwand durch Rippenresektion wird auch auf solche darunter gelegene tuberkulös erkrankte Lungenteile entspannend und relativ immobilisierend wirken, die noch nicht von Höhlen durchsetzt sind. Für die Lungentuberkulose tritt also die Aufgabe, den Eiter abzuleiten, ganz in den Hintergrund, vielmehr scheint die Mobilisierung der Brustwand zur Hauptsache zu werden.

Einen kritischen Bericht über 20 Lungenoperationen liefern Prof. Garré und Dr. Sultan (Rostock). Die mitgeteilten Fälle wurden zum Teile in der Königsberger Klinik von Prof. v. Eiselsberg, zum Teile in der Rostocker Klinik von Prof. Garré operiert. Die Indikation zur Operation gaben ab: Echinokokken, Abscesse, Gangrän und bronchiektatische Kavernen. Die Höhlen in der Lunge wurden stets nach einer sehr ausgedehnten Rippenresektion (20 cm und mehr) eröffnet, nachdem die Lunge, wenn keine Adhäsionen vorhanden waren, mittelst Naht fixiert wurde. Die günstigste Prognose lieferten die Echinococcusfälle und die Abscesse, weniger gute Resultate lieferte die Lungengangrän (von sechs Fällen starben zwei), die ärgsten die bronchiektatischen Kavernen (von fünf Operierten starben vier bald nach der Operation). Wichtig ist in allen Fällen die breite Eröffnung der Lunge und ausgiebige Drainage, die nicht zu fest sein darf, damit das Sekret von der Gaze gut aufgesogen wird. Jede Stauung von Sekret ruft Temperatursteigerung und quälenden Hustenreiz hervor.

Dr. Riegner (Breslau) stellt folgende Indikationen für die chirurgische Behandlung der Lungenkrankheiten auf. Von den ulcerösen Prozessen in der Lunge sind in erster Linie die

Digitized by Google

Fälle von akuter, beziehungsweise von subakut verlaufender Gangrän zur Operation geeignet. Die einfachen Abscesse erfordern meist keine chirurgische Behandlung. Für die chronische Gangrän, Bronchiektasie und für tuberkulöse Kavernen ist die Aussicht auf Heilung durch die Pneumotomie wegen der Vielheit der Herde sehr gering. Bei der Tuberkulose kann die Operation gefährlich werden durch die Möglichkeit der Ausstreuung von Tuberkelbacillen über grosse Lungenabschnitte, oder durch ihr Eindringen in die Blutbahn. Für ein chirurgisches Eingreifen ist die Herddiagnose unbedingt erforderlich; dieselbe ist auch ohne Höhlensymptome bei Solitärgangrän zu stellen und stützt sich auf die Verbindung folgender Punkte: a) das Bestehen einer zirkumskripten, womöglich von normalem Lungenschall umgebenen Dämpfung, b) auf das in kurzer Zeit erfolgende Auftreten aussergewöhnlich reichlicher Parenchymfetzen im Auswurf, c) auf das Röntgogramm, welches mit dem physikalischen Befunde ganz übereinstimmen muss.

Prof. Lenhartz (Hamburg) hat bisher 25 Kranke mit Lungenbrand operiert, von denen 13 geheilt, davon einer mit Fistel, und 12 gestorben sind, und zwar drei an gleichzeitiger Lungentuberkulose, drei an Sepsis, bezw. mehrfacher Gangrän u. s. w. Die von Lenhartz mitgeteilten Krankengeschichten beweisen, dass selbst bei sehr ausgedehnter brandiger Zerstörung der Lunge durch den operativen Eingriff eine vollständige und dauernde Heilung in verhältnismässig kurzer Zeit erzielt werden kann. Alle diese Kranken mussten als verloren gelten; ihr Zustand hatte sich bei der anfänglich abwartenden und die bisherigen Hilfsmittel verwendenden Behandlung stetig verschlechtert; die bedrohliche Steigerung der örtlichen und allgemeinen Krankheiterscheinungen, die ominösen Zeichen der putriden Intoxikation hatten schliesslich zum Eingriff gedrängt. Aber auch die unmittelbaren Erfolge der Operation sind oft geradezu verblüffend: rasche Abnahme der Auswurfsmenge und des Gestankes, Entfieberung. Über die Art des operativen Vorgehens wird man keine allgemein gültigen Sätze aufstellen dürfen. Ob man ein- oder zweizeitig operieren soll, wird von verschiedenen Momenten abhängen. Ist Gefahr im Verzuge oder die Höhle oberflächlich gelegen und die Verwachsung der Pleura sicher anzunehmen, so wird man unbedingt einzeitig operieren. Liegen die Verhältnisse weniger klar oder dringlich, so ist das zweizeitige Verfahren zu empfehlen, hauptsächlich auch deshalb, weil es durchaus nicht immer gelingt, mit einer fortlaufenden Naht die Pleurablätter zu vereinigen.

Prof. Landerer (Stuttgart) hat sechs Fälle von tuberkulösen Lungenabscessen und Kavernen durch Thoraxresektion operiert mit teilweise sehr gutem Resultat. In bezug auf die Technik will er nur vor der Stelle der grossen Gefässe und des Herzens warnen, weil man hier stets eine pulsierende Narbe bekommt. Tuberkulöse Gewebe soll man so wenig als möglich berühren wegen der Gefahr der Miliartuberkulose. Was die Wahl der Fälle anlangt, so werden stationäre Fälle natürlich bessere Resultate geben, als die akuten. Die Unterlappentuberkulosen, die für die innere Therapie wohl die schlechtesten sind, empfehlen sich dadurch besonders zur Operation. Landerer macht darauf aufmerksam, dass der Grund der mangelnden Heilung fast aller tuberkulösen Prozesse, der Lungen- und Gelenkaffektionen, in der Unmöglichkeit oder schlechten Disposition zur Narbenschrumpfung zu suchen ist. Man sehe dies häufig bei der Coxitis, die dann plötzlich heile, allerdings mit Verkrümmung, wenn durch Epiphysenlösung oder Spontanluxation die Narbenschrumpfung ermöglicht ist.

Dr. Kurpjurreit berichtet über fünf Fälle von chronischem Empyem, in denen Prof. Garré die Dekortikation der Lunge ausführte. Die Operation selbst wird als nicht besonders schwer beschrieben: Nach breiter Blosslegung der Höhle wird die Schwarte incidiert, bis das bläuliche Lungengewebe durchschimmert. Wenn man jetzt mit einer Sonde oder mit dem Finger in den sich bildenden Spalt eingeht, gelingt es manchmal sogar leicht, die Schwarte stumpf abzulösen. Wenn das Lungengewebe einreisst, muss es zur Verhütung eines lange anhaltenden Pneumo-

Digitized by Google

thorax wieder zusammengenäht werden. Die Zusammenstellung der Fälle aus der Literatur zeigt zwar, dass die Resultate keinen Vergleich aushalten können mit den Operationsresultaten anderer Methoden, z. B. der ausgedehnten Thoraxresektion, dennoch aber spricht Verfasser dieser Methode nicht jeden Vorzug ab. Während die Rippenresektion nur die Schrumpfung des Thorax ermöglicht, macht die Dekortikation die Lunge wieder aktionsfähig. Wenn man nun berücksichtigt, dass die Kranken im Falle der Heilung mittelst Rippenresektion die Lunge als faustgrossen, der Wirbelsäule anliegenden, nicht funktionierenden Körperteil behalten, während nach der Dekortikation die Lunge, wenn auch durch die gebildeten Adhäsionen ein wenig gehindert, dennoch genügend mitatmen kann, wird man erst den Vorteil der Dekortikation erfassen.

Da der im Verlaufe der Operation von durchgreifenden Brustwandtumoren entstehende Pneumothorax schwere Erscheinungen verursacht, hat Prof. Dollinger (Budapest) in zwei von ihm operierten Fällen den Pneumothorax einen Tag vor der Operation vermittelst eines Einschnittes unter Kokainanästhesie erzeugt und auf diese Weise dem Organismus Gelegenheit gegeben, sich an den einseitigen Pneumothorax langsam zu gewöhnen. Die Patienten, welche anfangs eine Steigerung der Atmungsfrequenz zeigten, ertrugen tags darauf die Narkose ohne jede Beschwerde. Der Pneumothorax heilte dann von selbst ohne Annähung der Lunge.

Über die chirurgische Behandlung der Lungenkrankheiten von Prof. Quincke (Mitteil. aus d. Grenzgeb. 9. Bd. 3. H. — Schm. Jahrb. 275 Bd. 7. H.). — Kritischer Bericht über 20 Lungenoperationen von Prof. Garré und Dr. Sultan (Beitr. f. klin. Chir. 32. Bd. 2. H. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 7. H.). — Über die Indikation zur chirurgischen Behandlung ulceröser Lungenprozesse von Dr. Riegner (Deutsche med. Wochenschrift Nr. 29. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 10. H.). Zur operativen Behandlung des Lungenbrandes von Prof. Lenhartz (Mitteil. a. d. Grenzgeb. 9. Bd. 3. H. — Schm. Jahrb. 275. Bd. 7. H.). — Prof. Landerer über operative Behandlung der Lungentuberkulose auf der deutschen Naturforscherversammlung zu Karlsbad Med. Blätter Nr. 41). — Über die Dekortikation der Lunge bei chronischem Empyem von Dr. Kurpjurreit (Bruns Beitr. z klin. Chir. 33. Bd 3. H.). — Der artifizielle Pneumothorax als vorbereitende Operation zur Exstirpation durchgreifender Brustwandtumoren oder Lungentumoren von Prof. Dollinger (Zentralbl. f. Chir. Nr. 3).

Lupus. Die Behandlung des Lupus mit hypermangansaurem Kali beschreibt Dr. Dupuy (Paris) folgendermassen. Man legt während der ersten zehn Tage der Behandlung täglich einen mit einer 20 % Lösung von hypermangansaurem Kali getränkten Umschlag auf die erkrankte Stelle auf, den man 12 bis 15 Minuten liegen lässt. Dann werden die Umschläge nur alle zwei Tage angewendet. Bei nicht ulceriertem Lupus wird das Mittel in Form von Pulver angewendet, und zwar werden zunächst die erkrankten Stellen mit einer Ichthyolseife oder mit folgender Emulsion gereinigt:

Rp. Sublimat.	0,3
Tinct. benzoes	5,0
Spir. sapon.	50,0
Aq. destill.	200,0.

Nach Abtrocknung mittelst Watte wird die lupöse Fläche mit fein gepulvertem hypermangansaurem Kali bestreut, worüber trockene Watte gelegt wird. Nach 1/4 Stunde entfernt man alles, wäscht die erkrankte Gegend mit Borwasser ab und bedeckt sie mit einem feuchten Verband aus gekochtem Wasser. Diese einmalige Anwendung genügt. Zuweilen bleiben noch kleine Partikelchen des Pulvers haften, die nach einigen Tagen abfallen, worauf ein Geschwür mit rotem Grunde zurückbleibt, welches nach 3—4 Tagen geheilt ist. Sind die Tuberkeln nicht vollständig verschwunden, so wird die Prozedur erneuert. In Fällen, in welchen die Lupusverdickung sehr stark ist, tut man gut, vor der Anwendung der Umschläge eine Skarifikation vorzunehmen. Die Anwendung des hypermangansauren Kaliums in Lösung ist angezeigt bei Lupus erythematodes, bei nicht zu dickem und ulceriertem Lupus. Hingegen ist das Pulver bei vegetierenden Formen und bei solchen mit dicken keloidähnlichen Narben nicht angebracht. Die Vorzüge dieser Methode sind: Die fast völlige Schmerzlosigkeit, ferner die Anwendbarkeit durch jeden Arzt ohne Zuhilfenahme besonderer Instrumente, die geringen Kosten und der geringe Zeit-

Digitized by Google

verlust. Die Heilung erfolgt unter dieser Behandlung rascher, als bei Anwendung von Skarifikation und häufiger sogar als bei Lichtbehandlung. Die Narben sind fast immer weich, fein und geben denen, die nach der Lichtbehandlung zurückbleiben, nichts nach. Der einzige Nachteil des Verfahrens liegt in der Schwarzfärbung der Gewebe, was aber verhältnismässig unwichtig ist, da dieselbe eine nur vorübergehende ist. Wichtiger ist, dass das Verfahren beim Lupus der Schleimhäute nicht anwendbar ist, und dass es ferner in Fällen mit tiefen Veränderungen der Cutis nicht wirkt.

Dr. Gunson will beim Lupus durch Gebrauch von Wasserstoffsuperoxyd als Spray bei täglicher Anwendung eventuell nach vorherigem Currettement eine gute Narbenbildung ohne Neigung zum Rezidivieren beobachtet haben. Nach dem Besprühen legt er eine Salbe von Jodoform (1) und Borsäure (2) mit Lanolin auf.

Dr. Holländer (Berlin) wendet bei Lupus erythematodes folgende Behandlung an: Chinin in grösseren Dosen intern und gleichzeitig äussere Applikation von Jodtinktur. Es empfiehlt sich zunächst, da es Leute mit einer Idiosynkrasie gegen Chinin gibt, mit kleinen Dosen zu beginnen und sie allmählich zu steigern. Zehn Minuten nach der Einnahme des Chinins pinselt man die afflizierten Stellen mit Jodtinktur. Es bildet sich darunter schnell eine Kruste, die sich nach kurzer Zeit löst und dann die typische weisse Narbe bei älteren Fällen hinterlässt. Das Resultat dieser Behandlungsmethode ist bei den vielfach bis dahin erfolglos behandelten Kranken ein ausgezeichnetes zu nennen.

Prof. Lassar (Berlin) bestätigt die guten Erfolge dieser Methode; nichtsdestoweniger seien aber auch die anderen Hilfsmittel der Therapie, wie oberflächliche Kauterisation mit dem Paquelin und Ätzpasten, gelegentlich in Anwendung zu bringen. Lassar hat sogar einen Fall unter Heissluftkauterisation heilen sehen.

Dr. Lichtwitz (Bordeaux) verwandte zur Behandlung des Ohren- und Nasenlupus statt des Holländerschen Instrumentariums die von Lermoyez und Mahu bei der intranasalen Heissluft-therapie angegebenen Tuben und Apparate, an Stelle der zum Betrieb verwandten komprimierten Luft den von ihm angegebenen „propulseur d'air chaud". Diese Modifikation ermöglicht eine genaue Dosierung des Temperaturgrades der heissen Luft, ein exakteres Arbeiten mit Erzeugung eines zirkumskripten Brandschorfes unter Erhaltung vorhandener gesunder Hautinseln. Eine Erhitzung der Luft auf ca. 80° genügt zu einer erfolgreichen Verschorfung. Die Heissluftapplikation ist wenig schmerzhaft und erfordert keine allgemeine oder lokale Anästhesie; der Operationsnachschmerz ist unbedeutend. Die Heilung der Schorfe erfolgt rasch ohne entstellende Narbenbildung.

Dr. Spitzer (Wien) bedient sich bei der Behandlung des Lupus eines von Lang konstruierten Paquelinheissluftbrenners, der eine intensivere Wirkung als der Holländersche Apparat auszuüben im Stande ist. Zur Operation genügt Schleichsche Anästhesie, während früher lange Narkosen nötig waren; auch können in einer Sitzung grosse Gebiete ohne die nachteiligen Folgen, wie sie bei traumatischen Verbrennungen auftreten, in Angriff genommen werden. Verfasser berichtet über 32 Fälle, an denen 45 Operationen ausgeführt waren. Auf Grund angestellter Versuche und seiner histiologischen Untersuchung kommt er zum Schlusse, dass die Heissluftbehandlung zur radikalen Heilung nicht genügt, jedoch für manche Fälle ein geeignetes Verfahren darstellt.

Die Behandlung des Lupus mit hypermangansaurem Kali von Dr. Dupuy (Klin.-ther. Wochenschrift — Medico Nr. 11). — Wasserstoffsuperoxyd zur Behandlung von Lupus vulgaris und tuberkulösen Abscessen von Dr. Gunson (Brit. Med. Journ. — Deutsche Praxis Nr. 10). — Dr. Holländer und Prof. Lassar über Lupus erythematodes in der Berliner medizinischen Gesellschaft (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 39). — Die Behandlung des Ohren- und Nasenlupus mittels heisser Luft von Dr. Lichtwitz (Arch. internat. de laryng. Nr. 1. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 35). — Über Lupusbehandlung von Dr. Spritzer (Ther. d. Gegenw. 11. H.).

Luxationen. Die manuelle Reposition von Luxationen der Schulter führt Dr. Roloff folgendermassen aus. Der Patient wird mit dem Rücken

Digitized by Google

auf den Boden gelegt, man tritt an die verletzte Seite, ergreift die Hand des luxierten Armes und beginnt langsam zu extendieren. Ganz allmählich steigert man die Energie des Zuges ein wenig, doch bleibt sie immer nur gering; gleichzeitig geht man allmälich in Abduktion, schliesslich bis in annähernd vertikale, d. h. der Körperachse parallele Stellung des Armes über. Den Zug übt man ohne besondere Kraftanstrengung durch leichtes Hintenüberlegen des Rumpfes aus. Ist die Abduktion vollendet, so steht meist der Kopf bereits in der Pfanne, uud indem man den Arm, unter Unterstützung des Kopfes, von der Achselhöhle langsam senkt, ist die Reposition vollendet. Hat man keine geschulte Assistenz, so kann man zuletzt die Extension einem anderen übergeben und die Direktion des Kopfes selbst übernehmen. Schmerzen treten bei dem Verfahren nicht auf. Von Wichtigkeit ist, dass Störungen, d. h. Anlässe zu Muskelkontraktion, also ruckweises Ziehen, unnötige Palpation vermieden werden. Ablenkung der Aufmerksamkeit des Patienten durch allerlei Gespräche erleichtert die Erschlaffung der Muskulatur. Die Zeitdauer der Reposition betrug 7—10 Minuten.

Prof. Dollinger (Budapest) macht die blutige Reposition von veralteten Schulterverrenkungen wenn die Reposition nach Kochers Methode in der Narkose nicht gelingt folgendermassen: Hautschnitt etwas einwärts von der Vena cephalica vom Schlüsselbein bis zum Ansatz des M. pectoralis major. Eindringen in die Tiefe in dem Spalt zwischen Deltoideus und Pectoralis major bis auf den Proc. coracoides. M. pectoralis minor nach oben, Coraco-brachialis nach aussen, Pectoralis major nach innen gezogen. Jetzt liegt der Sulcus intertubercularis und das Tuberculum minus vor. Die lange Bicepssehne wird während der Operation nicht freigelegt. Der Humeruskopf steht jetzt nach hinten und etwas nach innen gedreht. Es wird nun nach aussen rotiert, worauf der M. subscapularis hervortritt und ihn bedeckt. Nun wird die Sehne des M. subscapularis durchgeschnitten, die Auswärtsrotation wird dadurch nun bis zum erwünschten Grade möglich und die Reposition nach Kochers Methode gelingt leicht. Aus der Tatsache, dass die Reposition in allen sieben Fällen, in denen sie vor der Tenotomie der Subscapularis nicht gelungen ist, nach dieser Durchschneidung leicht ausgeführt werden konnte, schliesst Dollinger, dass das Repositionshindernis bei den nicht komplizierten veralteten Schulterverrenkungen nicht, wie bisher angenommen wurde, neugebildete Bindegewebsschwarten oder, wie Kocher annahm, Verwachsungen im Bereiche des alten Kapselrisses zwischen dem Pfannenrande und dem anatomischen Halse sind, sondern dass der retrahierte und vielleicht auch sklerotische M. subscapularis das Hindernis bildet, unter dem bei der Luxatio subcoracoidea der Humeruskopf zu liegen kommt und dessen Insertionspunkte einander um 1—3 cm genähert werden. Dollinger ist der Meinung, dass auch in akuten Fällen in der Reihe jener Faktoren, welche den ganzen Mechanismus des Repositionshindernisses zusammensetzen, dem M. subscapularis eine bedeutende Rolle zufällt. In einem Falle gelang die Reposition trotz des Sehnenschnittes nicht, weil in der Fovea glenoidalis das Hindernis sass. Durch den Sehnenschnitt hindurch konnte dies leicht entfernt werden. Von elf Operationen heilten sechs mit Eiterung, fünf per primam.

Dr. Weber (St. Petersburg) gelangt auf Grund von Literaturstudien und eigenen Fällen zu dem Schluss, dass das Normalverfahren bei den veralteten Ellbogenluxationen die Arthrotomie bilden soll. Dabei sind alle Knochenfragmente und Osteophyten zu entfernen, am besten bewährt sich der Kochersche Schnitt, in schweren Fällen darf die äussere Hälfte des Trizeps über seinem Ansatz am Olekranon durchschnitten werden. Nur wo die Arthrotomie nicht zum Ziele führt, ist die Resektion indiziert, als primäre Operation auch dann, wo eine grössere Fraktur und Dislokation des Condylus internus vorliegt. Im kindlichen Alter ist die Resektion kontraindiziert.

Bezüglich der Behandlung der angeborenen Verrenkungen des Hüftgelenks befürwortet Prof. Joachims-

Digitized by Google

thal (Berlin) die unblutige Reposition nach Lorenz. Als untere Grenze für diese Behandlung normiert er das Ende des zweiten Lebensjahres, als obere Grenze bei doppelseitiger Luxation das sechste, bei einseitiger das zehnte Lebensjahr. Zunächst wird das Bein soweit flektiert und abduziert, bis der Oberschenkel in die Frontalebene gelangt und mit einem hörbaren Geräusch der Schenkelkopf in die Pfanne einschnappt, diese maximale Abduktionsstellung wird dann durch einen Gipsverband (der die Hüfte und den Oberschenkel der kranken Seite unter Freilassung des Gefässes umfasst) fixiert. In diesem Verbande, der im ganzen drei Monate liegen bleibt, lernen die Kinder (unter Anwendung einer erhöhten Sohle) nach einigen Tagen gehen. Nach drei Monaten wird der Verband entfernt und, indem man nun auf eine weitere Fixation verzichtet, überlässt man es hauptsächlich dem Kinde selber, sich durch Laufen Beweglichkeit zu schaffen. Auf jede Nachbehandlung kann nach Joachimsthal ohne Schaden verzichtet werden. Der Eintritt der Reluxation braucht nicht zu entmutigen; bei einem zweijährigen Kinde hat Joachimsthal durch eine erneute Reposition ein tadelloses Resultat erzielt.

Für besonders schwierige Fälle von angeborener Hüftverrenkung empfiehlt Dr. Dreesmann, wenn die Reposition nach Lorenz nicht gelingt, zunächst das Bein in annähernd reponierter Stellung einzugipsen und nach 2—3 Tagen den Versuch der Einrenkung zu wiederholen. In der zur Primärstellung gewählten Abduktionsstellung von 90° verbleibt das Bein bei einseitigen Luxationen nach der Einrenkung im Gipsverband ca. drei Monate, bei doppelseitigen war zuweilen die doppelte Zeit notwendig. Das Gehen im Verbande wird diesen Kindern durch einen eigens gebauten Laufkorb mit unten sehr grossem Durchmesser ermöglicht. Hat während dieser Zeit der Kopf in der Pfanne Halt gefunden und ergibt nun das Röntgenbild auch ein Heranrücken des Kopfes an oder in die Pfanne, so kann die Abduktionsstellung schon beim ersten Verbandwechsel fast stets um 45° vermindert werden. Hierbei tritt ganz von selbst auch eine Verminderung der Aussenrotation ein, die Fussspitze kommt mehr noch vorn zu stehen. Den Gipsverband konnte Dreesmann bei einseitigen Luxationen meist nach 5—6, bei doppelseitigen indes erst nach 10—12 Monaten entbehren. War die Abduktion dann ganz beseitigt, so war in den meisten Fällen auch die Rotationsstellung eine normale geworden, d. h. die Fussspitze sah nur noch mehr weniger nach vorn. Apparate irgend welcher Art hat Dreesmann seine Patienten, die sich übrigens zur Zeit der Einrenkung im Alter von 2—6 Jahren befanden, nicht mehr tragen lassen. Nach Abnahme des Gipsverbandes wurde das Hauptaugenmerk auf Kräftigung der Muskulatur und Mobilisierung der Hüftgelenke gerichtet.

Über manuelle Reposition von Luxationen ohne Narkose von Dr. Roloff (Zentralbl. f. Chir. Nr. 16). — Prof. Dollinger über die blutige Reposition veralteter Schulterverrenkungen auf der deutschen Naturforscherversammlung zu Karlsbad (Med. Woche Nr. 50). — Über die operative Behandlung veralteter Ellenbogenluxationen von Dr. Weber (Deutsche Zeitschr. f. Chir. 64. Bd.). — Prof. Joachimsthal über angeborene Verrenkungen des Hüftgelenkes in der Berliner medizinischen Gesellschaft (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 43). — Zur unblutigen Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung von Dr. Dreesmann (Münch. med. Wochenschr. — Ther. Monatsh. 10. H.).

M.

Magen-, Darm- und Peritonealchirurgie. Im neuen allgemeinen Krankenhaus zu Hamburg wurde, wie Dr. Kümmel mitteilt, in den letzten 5½ Jahren über 1000 Bauchschnitte ausgeführt, darunter 528 Operationen am Darm, 439 gynäkologische Laparotomien, 194 Operationen am Magen, 182 an der Leber und den Gallenwegen, 127 Probeschnitte. Zur Vorbereitung bei schlechtem Ernährungszustande wurden ausser Nährklystieren und Ölinfusionen unter die Haut

Digitized by Google

nach Leube sehr reichliche intravenöse Kochsalzinjektionen angewendet, ebenso bei Beginn und während der Operation. Ein Stärkerwerden der Blutung oder sonstige Nachteile sah Kümmel niemals. Mit der Äthernarkose wurden in dem rauheren Klima Hamburgs schlechtere Erfahrungen gemacht, günstige dagegen mit der Chloroform-Sauerstoffmethode nach Wohlgemuth. Die Schleichsche Anästhesie erwies sich als umso wirksamer, je elender der Zustand des Patienten war. Bei grösseren Eingriffen, besonders wenn es sich um Lösungen von Verwachsungen u. s. w. handelte, wurde die Allgemeinnarkose vorgezogen. Die mechanische Reinigung des Patienten geschah mit Marmorstaubseife und sterilen Holzfaserbäuschen. Die Gefahr der Luftinfektion hält Kümmel für gering, grösser die von seiten der Kopfhaare. Eine glatte, gut gepflegte Hand lässt sich durch gründliche mechanische Reinigung in gewöhnlicher Weise mit oder ohne Alkoholanwendung meistens in einen auch bakteriologisch keimfreien Zustand, oder wenigstens in einen für die Praxis genügenden Grad von Keimfreiheit versetzen. Catgut wird am besten nach Elsberg (Kochen in gesättigter Ammoniumsulfatlösung) sterilisiert. Die Instrumente u. s. w. kommen nur mit den Händen der Ärzte in Berührung. Als Schnittlinie wurde, wenn möglich, die Medianlinie bevorzugt, Drainage möglichst vermieden, die Dauer der Operation tunlichst abgekürzt. Möglichst trockene Behandlung des Peritoneum, Verband der Bauchwunde mit handbreiten, von einer Seite zur anderen verlaufenden Heftpflasterstreifen. In der Nachbehandlung wurden Opiate im allgemeinen vermieden, bei mangelnder Darmtätigkeit Darmrohr und Klystierbehandlung, keine Abführmittel; bei spastischem Ileus Opium oder Atropin. Bei Nachblutungen reichliche Kochsalzinjektionen und eventuell Relaparotomie; bei postoperativer diffuser Peritonitis blieben operative Massnahmen gewöhnlich ohne Erfolg. Um Pneumonie zu vermeiden, liess Kümmel besonders Operierte mit elendem Allgemeinzustande schon nach einigen Tagen aufsitzen, bezw. aufstehen.

Beiträge zur Pathologie und Therapie der gutartigen Magenkrankheiten liefern Dr. Petersen und Dr. Machol aus der Prof. Czernyschen Klinik in Heidelberg. Im ganzen wird über 80 Gastroenterostomien (mit 5 †), 11 Pyloroplastiken (mit 1 †) 4 Pylorusresektionen (mit 2 †), 7 Excisionen bei Ulcus (mit 3 †) und 6 Gallensteinoperationen berichtet. Nach der Art der Erkrankung fallen 67 Patienten auf Ulcus ventriculi, 57 auf Stenosen, 9 auf Neurosen, 10 auf Cholelithiasis. Während für die früheren Gastroenterostomien sich 22% Mortalität berechnen, ergaben die seit September 1895 operierten nur mehr 4,8% Mortalität und lässt sich eine fortlaufende Serie von 56 resp. 72 Operationen ohne Todesfall kontatieren — ein Erfolg, der nicht allein der besseren Technik, sondern besonders auch dem Umstand zuzuschreiben ist, dass die Operierten noch bei besserem Kräftezustand waren, d. h. die Operation nicht erst als Ultimum refugium ausgeführt wird. Bezüglich der wegen Stenosen Operierten wird über insgesamt 79 (39 neue Fälle) und über die Ergebnisse der Nachuntersuchung der älteren Fälle berichtet. Wegen Magenblutungen wurden 4 Fälle operiert (3 Gastroenterostomien, eine Excision, welch letztere letal verlief). Obgleich es unchirurgisch erscheint, wird doch hier mehr für die blosse Entlastung des blutenden Organes plädiert, d. h. die Überzeugung ausgesprochen, dass durch die Gastroenterostomie (mit Murphyknopf) noch manche Patienten mit schweren Magenblutungen gerettet werden können, die sowohl bei konservativer Behandlung, als bei jeder anderen Operationsmethode verloren wären; 14 mal wurde die Gastroenterostomie mit Naht, 65 mal mit dem Knopf ausgeführt (seit 1896 ausschliesslich mit letzterem) und wird die Gastroenterostomia retrocolica posterior nach v. Hacker besonders befürwortet, auf 215 Fälle wurde nicht eine ernsthafte Regurgitation beobachtet, die Operation mit dem Knopf wird (gute Konstruktion deselben vorausgesetzt)in vielen Fällen der Nahtüberlegen, in anderen mindestens dieser gleichwertig erachtet. Absolute Anzeige zur Operation liefern von den gutartigen Magenleiden Pylorusstenosen mit schwerer

Digitized by Google

mechanischer Insufficienz, stetem Sinken des Körpergewichtes, akute Blutungen, Verdacht auf Carcinom; relative Indikation geben atonische mechanische Insufficienz, schwere Gastralgien und unstillbares Erbrechen, sowie chronische Blutungen.

Dr. Schloffer bespricht 24 operierte Fälle von gutartiger Magenerkrankung aus der Klinik des Prof. Wölfler (Prag) und zwar zwei schwere Magenblutungen, zwei Ulcusperforationen, fünf unkomplizierte Ulcusfälle, acht Fälle entzündlicher Tumoren am Pylorus ohne Ulcussymptome, acht Fälle narbiger Pylorusstenosen. Von den 20 (nicht durch schwere Blutung oder Perforation komplizierten) Fällen sind 18 von der Operation genesen, 14 vollkommen geheilt. Die Pyloroplastik führt leichter zum Rezidiv, als die Gastroenterostomie und letztere regelt besser die motorische Funktion des Magens, wird daher vorgezogen, umsomehr als auch die „Drainage" an der tiefsten Stelle hiebei viel für sich hat. Wölfler ist zu seiner Gastroenterostoma antecolica zurückgekehrt, deren grössere Einfachheit zuzugeben ist, und bei der sich auch ein Circulus vitiosus durch Anlegung einer Braunschen Anastomose zwischen zuführendem und abführendem Darmschenkel vermeiden lässt, Schloffer hält letztere für prinzipiell erforderlich und wurde diese auch bei allen (zehn) späteren Fällen ausgeführt.

Wenn an einer bereits narbigen Pylorusstenose, welche bei zweckmässigem Verhalten die Ernährung noch nicht beeinträchtigt, bei gleichzeitig hochstehendem Magen ein Ulcusrezidiv auftritt, so ist nach Dr. Schüssler (Bremen) allein die Gastroenterostomie indiziert, solange das Ulcus noch nicht blutet; ist bereits Blutung eingetreten, so genügt die Gastroenterostomie nicht mehr. Für das Ulcus pepticum duodeni gilt ceteris paribus dasselbe.

Nach Besprechung der verschiedenen gegen Magenblutung infolge Ulcus ventriculi empfohlenen Operationsmethoden (Resektion, Gastroenterostomie, Pyloroplastik, Kauterisation, Tamponade, Ligatur in loco) berichtet Dr. Kaupe an der Hand eines Falles über eine neue Methode Witzels, die darin besteht, die zuführenden Arterien zu unterbinden. Bei der betreffenden Patientin fanden sich in der kleinen Kurvatur Gefässerweiterungen und feine Adhäsionen, es wurden dabei die Arteriae coronariae superiores dextra et sinistra unterbunden. Der Erfolg der Operation war ein vollkommener.

Dr. Brenner (Linz) berichtet über 24 von ihm operierte Fälle von kallösem Magengeschwür. Zwölf Fälle sind mit Resektion behandelt worden, zwölf mit Gastroenterostomie. Von den resezierten sind vier gestorben. Eine Urämie, eine Peritonitis nach Lösung der Naht, zwei Inanitionen, eine durch Sanduhrmagenbildung mit undurchgängiger Verbindung, entstanden durch Längsnaht des Magens. Die Passagehemmung wurde auch nicht durch eine zweite Operation (Längsschnitt mit Quernaht) behoben.

Seine Beobachtungen über das perforierte Magengeschwür teilt Dr. Adamson mit. Je früher die Operation nach erfolgter Perforation vorgenommen wird, desto grösser ist die Hoffnung auf Erfolg. Was den so viel besprochenen Shock anlangt, so ist er ein Symptom von nur sehr geringer diagnostischer Bedeutung, andererseits darf man sich durch das Vorhandensein von Shock nicht von der Operation abhalten lassen. Erbrechen fehlt in den meisten Fällen. Ist es im Beginne vorhanden, so lässt es gewöhnlich bald nach. Die Leberdämpfung ist meist vermindert, selten ganz aufgehoben. Verfasser rät dem Hausarzte, in allen Fällen von Magenulcus, die er behandelt, die Leberdämpfung festzustellen; tritt dann einmal eine vermutete Perforation ein, so kann er sich über den Zustand der Leberdämpfung und über eine etwaige Verkleinerung derselben mit Sicherheit aussprechen. Von grosser diagnostischer Bedeutung ist die Rigidität der Bauchwand, die schon von Beginn an bretthart ist; auch die Atmung ist schon oft von Beging an thorakisch. Auch der sehr heftige Schmerz ist ein wichtiges Symptom; zuweilen gelingt es, eine Art von Blasegeräuschen im Bauche zu hören. Die Perforation sitzt fast immer in der Nähe des Pylorus und zwar meist an der Vorderwand des Magens. Kann man bei Verdacht auf Perforation einen freien Erguss

Digitized by Google

in der Bauchhöhle nachweisen, so ist zwar die sofortige Operation indiziert, aber die Hoffnung auf Erfolg äusserst gering.

Nach Dr. Moynihans Ansicht kommt beim Duodenalgeschwür die chirurgische Behandlung in Betracht: Wenn 1. ein akutes Dünndarmgeschwür perforiert. Verfasser stellt 49 derartige Fälle aus der Literatur zusammen und fügt zwei eigene Beobachtungen hinzu; 18mal war die Diagnose dabei auf Appendicitis gestellt und nur in zwei Fällen die Erkrankung von vornherein richtig diagnostiziert worden. Von diesen 51 wegen akut perforierten Dünndarmgeschwüres Operierten kamen acht zur Heilung, alle anderen starben. 2. Subakute oder chronische Perforation, die zu periduodenalem oder subphrenischem Abscess geführt hat, indiziert gleichfalls operatives Eingreifen. Verfasser hat selbst einen derartigen Fall operiert; die Diagnose war auf Ulcus am Pylorus mit Perigastritis gestellt worden und bei der Operation fand sich ein abgekapselter Abscess zwischen Leber und Duodenum, dessen primäre Ursache ein altes Ulcus am Pylorus war. Weitere Indikationen zur Operation geben 3. andauernder zu Siechtum führender Schmerz und Gastrorrhagie oder Enterorrhagie und 4. Narbenkontraktionen, Indurationen oder Periduodenitis. Verfasser hat vier derartige Fälle gastroenterostomiert und jedesmal damit völlige Heilung erzielt.

An der chirurgischen Klinik des Prof. Rydygier in Lemberg wurden, so berichtet Dr. Slek, zwei Frauen wegen hochgradiger Gastroptose (Morbus Glenardi) operiert. Beide Kranke waren durch die Krankheit sehr herabgekommen und hochgradig kachektisch. Die erste Operation wurde an einer 41 Jahre alten Frau, welche achtmal, das letzte Mal vor sieben Jahren, geboren hat, vorgenommen. Nach Durchtrennung der Bauchdecken durch einen Schnitt in der Medianlinie vom Schwertfortsatze aus in einer Länge von 15 cm wurde die Bauchhöhle eröffnet und, nachdem der Uterus retroflektiert und gesenkt war, die Uteropexie, dann die Gastropexie vorgenommen. Um die Leber zu fixieren, wurde ein 6 cm langer, zum rechten Rippenbogen paralleler Einschnitt — bis auf 6 cm Entfernung vom ersten Schnitte — gemacht und die Hepatopexie ausgeführt. Im zweiten Falle, welcher eine 50jährige Frau, die achtmal geboren, betraf, wurde die Gastropexie und Hepatopexie durch Annähen der Leber an den oberen Wundrand der Bauchdecken ausgeführt. In der ersten Zeit nach der Operation war der Zustand der Patientin sehr bedenklich, jedoch nach sechs Wochen erholten sich beide und befinden sich seither (ca. neun Monate) wohl. Zum Schlusse gelangt Verfasser zu den Indikationen und meint, dass, wenn die innere Behandlung versagt und bereits die Gastroptose-Kachexie beginnt, die Operation indiziert sei.

Prof. Schmitt (München) hatte Gelegenheit drei Fälle von Sanduhrmagen zu operieren. Als Operationsverfahren kommen bei diesem Übel in Frage: 1. die digitale oder instrumentelle Erweiterung der Einschnürung durch stumpfe Dehnung von einem Magenschnitt aus (Loretasche Methode); 2. die Gastroplastik nach Art der Pyloroplastik bei gutartigen Pylorusstenosen (Heineke-Mikulicz) — quere Vernähung einer Längsincision in die einschnürende Partie; 3. die Gastroanostomose (Wölfler) — Herstellung einer Verbindung zwischen den beiden Magensäcken; 4. die Gastroenterostomie (Hacker, Wölfler); 5. die Resektion der einschnürenden Partie; 6. die Kombination verschiedener dieser Methoden. Verfasser machte nun in zwei seiner Fälle die Gastroenterostomia retrocolica posterior allein, in dem dritten Falle zunächst die Gastroplastik und 10 Monate später die hintere Gastroenterostomie. In allen drei Fällen war ausserdem eine mehr oder weniger ausgedehnte Gastrolysis, d. h. Lösung von peritonealen Verwachsungen erforderlich. Auf Grund seiner Erfahrungen an den drei Fällen ist Verfasser der Ansicht, dass die Gastroenterostomie, wo sie anwendbar ist, die grössten Vorteile bietet bezüglich der prompten und sicheren Entleerung des Magens, der Beseitigung der durch die Narbe oder ein etwa gleichzeitig noch bestehendes Ulcus bedingten Beschwerden und am ehesten die Abheilung eines solchen Ulcus ermöglicht; dass sie ferner wegen der prompten Entleerung am sichersten der Ent-

Digitized by Google

stehung von neuen Geschwüren vorbeugt und von vornherein am besten die Unannehmlichkeiten einer etwa neu von einem bestehenden oder schon abgeheilten Geschwür aus sich entwickelnden Stenose, z. B. am Pylorus ausschaltet. Die Gastroenterostomie allein kann selbstverständlich nur am kardialen Magensack, am Vordermagen, angelegt werden. Schmitt hat fast ausschliesslich die Gastroenterostomia retrocolica posterior mit der von Petersen empfohlenen Modifikation (möglichst kurzer, zuführender Schenkel) ausgeübt und damit durchweg gute Resultate erzielt.

Wie Dr. Ringel mitteilt, betrafen von 146 in den letzten sechs Jahren in Kümmels Abteilung der Hamburger Staatskrankenanstalt ausgeführten Magenoperationen 58 das Magencarcinom; nach 24 Pylorusresektionen wegen Carcinom starben 15 Kranke im Anschluss an die Operation, die Mehrzahl infolge von Peritonitis durch Lösung der Naht oder Gangrän des Pankreas und Kolons. Diese hohe Sterblichkeitsziffer erklärt sich aus der weiter als gebräuchlich ausgedehnten Indikation zu Resektion. Von den übrigen neun starben einige in den ersten Monaten, ein Patient 1¼ Jahre, ein weiterer zwei Jahre nach der Operation an Rezidiv, bezw. Metastasen; es leben und sind gesund je 1 Patient 8 Monate, 2¼, 4, 6 Jahre nach der Operation. Wenn möglich, wurde die Resektion nach Kocher mit Hilfe des Murphyschen Knopfes gemacht, nach ausgedehnter Resektion dagegen nach Verschluss der beiden Stümpfe die vordere Gastroenterostomie. Letztere Operation allein wurde bei Carcinom 30 mal ausgeführt, teils wegen des schlechtem Allgemeinzustandes teils wegen zu weiter Ausdehnung, bezw. zu fester Verwachsung des Krebses; es starben im Anschluss an die Operation 16 Patienten, meist an Pneumonie und Kachexie; von den Gebesserten starben die meisten nach einigen Monaten; es leben noch je 1 Patient 6 Monate, 1¼, 3 und 6 Jahre nach der Operation. Gegenüber der Ansicht Steudels über den günstigen Einfluss den Laparotomie auf das Carcinom beobachtete Ringel, dass nach der Gastroenterostomie, wenn der allgemeine Ernährungszustand sich hob, manchmal ein um so schnelleres Wachstum der Geschwulst eintrat. In den Fällen, in denen nach der Operation noch lange Zeit Wohlbefinden unter Stillstand des Wachstums beobachtet wird, liegt der Grund in der besonderen Art des Carcinoms. Bei dem heutigen Stande unseres diagnostischen Könnens muss bereits der dringende Verdacht auf Magenkrebs die Anzeige zur Operation bilden, besonders wenn Stenose und Dilatation vorhanden sind.

Die Totalexstirpation des Magens wegen Carcinom, nahm Prof. v. Herczel (Budapest) bei einer 43jährigen Frau vor. Bei der Operation fand v. Herczel die Magenwand fast zu ¾ carcinomatös panzerartig infiltriert, vorne durch Pseudomembranen mit dem Peritoneum parietale verklebt. Diese Verklebungen waren frisch und konnten daher leicht abgetrennt werden. Der Pylorus konnte von dem Pankreas, an dem er fixiert war, nur schwer abgelöst werden. Die Verschliessung des duodenalen Stumpfes ging schwer vor sich, da zufolge entzündlicher Infiltration der hinteren Duodenalwand die Blätter des Peritoneum stark voneinander getrennt waren, so dass der versenkte Darmstumpf nur schwer mit Peritoneum bedeckt werden konnte. Der drei Finger breite kardiale Stumpf wurde gleichfalls mittelst Doyenschen Nähten verschlossen und dann an dem höchstgelegenen Dünndarmstumpf durch den Murphyschen Ring vereinigt. Im Verlaufe der Rekonvalescenz trat ein vier Wochen lang dauernder Gallenfluss durch den duodenalen Stumpf auf, ausserdem störte ein kleiner Bauchwandabscess die vollkommene Heilung. Am Beginne der vierten Woche konnte indes die Kranke schon 1½ Liter Flüssigkeit und hachiertes Fleisch zu sich nehmen, bald verliess sie das Bett und befindet sich seitdem ganz wohl.

Dr. Clubbe hat in sieben Jahren 49 Intussusceptionen bei Kindern in Behandlung gehabt, von denen 45 operiert werden mussten. Die Mortalität betrug 45,5 %. Clubbe machte die Beobachtung, dass in den erfolgreich operierten Fällen die Durchschnittzeit zwi-

Digitized by Google

schen dem Einsetzen der Krankheitserscheinungen und der Operation 24 Stunden betrug, während in den tödlich verlaufenen Fällen diese Durchschnittzeit sich auf 56 Stunden belief. Die Wichtigkeit einer Frühdiagnose tritt daraus klar hervor. Bei der Diagnosestellung legt Clubbe grossen Wert auf die von der Mutter zu erhebende Anamnese: das plötzliche Einsetzen der Erkrankung kurz nach der Mahlzeit oder während des Stuhlganges, Erbrechen, schlechtes Aussehen, dann das anfallweise Auftreten von Schmerzen, die sich durch Schreien äussern, das Auftreten von Blut- und Schleimabgang, nachdem vorher noch ein oder zwei normale Stühle erfolgt waren, sind charakteristische Symptome. Puls und Temperatur können sich völlig normal verhalten. Die stets vorzunehmende Untersuchung des Abdomens, eventuell in Narkose ergibt dann den bekannten wurstförmigen, mit seiner Krümmung nach dem Nabel zu liegenden Tumor, der sich am häufigsten in der Cökalgegend oder im übrigen Verlauf des Kolons vorfindet, das Rektum wird man wohl in frühen Fällen stets leer finden. In gewissen Fällen hat vor der Invagination schon Diarrhöe eventuell auch Blut- und Schleimabgang bestanden. Eine Täuschung ist dann besonders leicht. Die Schmerzanfälle und der alleinige Abgang von mehr Blut und Schleim müssen dann zusammen mit dem Palpationsbefund auf die Diagnose führen. Nach 24 Stunden werden bei akuter Invagination stets Erscheinungen des Darmverschlusses vorhanden sein. Bezüglich der Therapie hält Autor Einläufe mit warmem Öl oder Wasser für nützlich und ungefährlich (nicht über $^1/_2$ Liter). Viermal, also in 8% seiner Fälle, hat er mit Einläufen die Reduktion und Heilung erzielt. Die Wirksamkeit der Einläufe muss durch die Palpation kontrolliert werden. Bei Verschwinden des Invaginationstumor muss von sechs zu sechs Stunden nachuntersucht werden, ob ein Rezidiv eingetreten ist. In Rezidivfällen oder bei Erfolglosigkeit der Einläufe ist sofortige Laparotomie und Reduktion der Invagination durch drückende Manipulationen angezeigt; Zug am invaginierten Darm darf nur ganz vorsichtig angewandt werden. Wenn die Reduktion nicht gelingt, macht Clubbe die Resektion mit Darmnaht Ende an Ende mit fortlaufendem Catgutfaden. Die Bauchwunde verschliesst er nicht in Etagen, sondern mit einfachen durchgreifenden Silkwormnähten, die aber mindestens 10 Tage liegen bleiben. Kleine Kinder vertragen Nahrungsentziehung nach Bauchschnitten nicht so lange wie Erwachsene. Man muss abso schon nach den ersten Stunden Nahrung (Eiweisswasser, Milch mit Wasser u. s. w.) zuführen. Clubbe gibt in den ersten 24 Stunden gewöhnlich Morphium in minimalen Dosen. Wenn nötig, wird in 24 Stunden durch eine kleine Kalomeldose auf Entleerung des Darmes gewirkt.

Prof. v. Eiselsberg (Wien) berichtet über 13 von ihm behandelte Fälle von Darminvagination. Bei fast der Hälfte derselben konnte kein anderer Grund für ihre Entstehung gefunden werden, als ein deutliches gut entwickeltes Mesenterium ileocolicum. Bei der regelmässigen Wiederkehr dieses Befundes in sechs verschiedenen Fällen ist sicherlich die Wahrscheinlichkeit gross, dass ihn auch die Schuld an dem Zustandekommen der Invagination trifft. Ob die letztere akut, ob sie chronisch ist, in jedem Fall soll sofort operiert werden, und zwar genügt es nicht, einfach zu desinvaginieren, auch wenn der Darm keineswegs gelitten hat. Denn in der Folge stellt sich die Invagination gern von neuem wieder her. Von den gebräuchlichen Operationsverfahren — Darmausschaltung, partielle und totale Resektion — tritt v. Eiselsberg durchaus für die Totalresektion ein und will dieselbe möglichst einzeitig ausführen. Die zweizeitige Operation nach v. Mikulicz empfiehlt er nur für sehr elende Patienten.

Aus der Hallenser Klinik veröffentlicht Dr. Haasler 10 Fälle von Darminvagination. Haasler will bei der akuten Invagination des Kindes in den ersten 24 Stunden innere Behandlung durch Eingiessung zugeben, darüber hinaus nicht. Bei der chronischen Invagination verwirft er sie als Heilmittel überhaupt. Ihre Schattenseiten, selbst wo sie gelingt, sind Rezidive, nachträgliche Stenose, Ulcera, Perforation, Peritonitis. Das richtige ist

Digitized by Google

die primäre Resektion und zwar nicht nur des „Invaginationsrestes", der die Ursache der Invagination erhält, sondern auch der Umgebung, soweit sie verändert ist. Der Anus praeternaturalis, aber auch die Darmausschaltungen, Enteroanastomosen werden für Notbehelfe erklärt.

An der Klinik des Prof. Czerny wurde, wie Dr. Nehrkorn mitteilt, in einem Falle von chronischer Dysenterie, der allen möglichen internen therapeutischen Versuchen trotzte, zur Ruhigstellung der hauptsächlich erkrankten Flexura sigmoidea eine temporäre Kolostomie an der linken Seite mit bestem Erfolge angelegt.

Prof. v. Eiselsberg (Wien) hat in 12 Fällen von Mastdarmprolaps die Kolopexie mit gutem Erfolge ausgeführt. Die Operationsmethode ist folgende: Schrägschnitt über dem Poupartschen Bande, starke Anziehung der Flexur, Annähung derselben an der vorderen Bauchwand. Die Heilung war bei allen Patienten glatt. Im ganzen hatte er drei Rezidive, von denen er das eine durch eine zweite Fixation vollkommen geheilt hat. In einem anderen Falle von grosser Schleife der Flexur hat er die Resektion derselben gemacht mit letalem Ausgang nach 19 Tagen durch Hämatemesis infolge eines Ulcus duodeni und in einem andern ähnlichen Falle hat er die Anastomose der Schleife durch Murphyknopf mit gutem Ausgang gemacht. v. Eiselsberg schliesst, dass in leichten Fällen die Massage nach Thure-Brandt, in schwereren die Kolopexie die beste Therapie ist.

Prof. Rehn (Frankfurt a. M.) führt aus, dass nichts schwieriger ist, als die Beurteilung der Tragweite eines entzündlich-eitrigen Prozesses im Peritonealraum. In allen Fällen ist Frühoperation bedingt, gleichviel, wo die Eiterung liegt, der innere Kliniker darf nicht den Zeitpunkt zur Operation bestimmen, die Scheu vor dem Peritoneum muss überwunden werden. Zur Entleerung des Eiters ist ihm die Spülung das schonendste Verfahren. Der Herd der Entzündung (Appendicitis, Salpingitis etc.) muss unbedingt entfernt werden, ausgiebige Drainage ist erforderlich, am besten mit glattem Gummirohr. Nach Anlegung der Drainröhre ist es wichtig, annähernd normale Druckverhältnisse im Leib zu schaffen; daher vollkommener Schluss der Bauchhöhle bis auf das Drainrohr. Die Gefahr des Bauchbruchs ist nicht so gross, wie man anzunehmen pflegt.

Dr. v. Beck teilt seine Erfahrungen über operative Behandlung der diffusen eitrigen Peritonitis an der Hand von 100 Fällen mit. In 94 derselben war freies Exsudat in der Bauchhöhle vorhanden, zweimal handelte es sich um perforiertes Magengeschwür, zweimal um Ulcus duodeni, einmal um Gangrän eines Meckelschen Divertikels etc., in 66 Fällen um Wurmfortsatzerkrankungen, wovon 62 mit Gangrän und Perforation desselben, vier Fälle mit Empyema des processus vermiformis. 32 mal wurde der mediane, 68 mal der laterale Bauchschnitt ausgeführt, 91 mal liess sich der Herd chirurgiach angreifen; 66 mal Resectio processus vermiformis. v. Beck gibt den betreffenden Operierten zur Anregung der Darmtätigkeit allabendlich Ölklyamen zu 100—250 g, die die Nacht im Darme behalten werden, morgens Kamillenwasserklystiere zu 250 g. Bei fortgesetztem Aufstossen und Erbrechen wird ein bis zweimal der Magen ausgespült, zur Regelung der Peristaltik wird meist ein bis zwei Tage post operationem 1—3 mg Atropin (meist mit etwas Morphium) injiziert. Die Perityphlitis-Peritonitisfälle, die in den ersten 24 Stunden nach Beginn der Peritonitis operiert wurden, sind alle genesen, die vom dritten Tag ergaben ¾ Todesfälle, die am vierten Tag operierten erlagen stets rasch der Sepsis; das Heilresultat der Perityphlitis-Peritonitisfälle überhaupt ist 55%; die Prophylaxis dieser Peritonitis besteht nach v. Beck am besten darin, dass alle Fälle von Perityphlitis, bei denen Verdacht auf Gangrän und Perforation vorliegt, sofort im Anfall operiert werden und so für Entfernung des gefährlichen Krankheitsherdes durch Resektion des gangränösen Fortsatzes gesorgt wird; auch für die Peritonitis überhaupt muss frühzeitige Erkennung und sofortige Einleitung chirurgischer Behandlung als das beste Mittel zur Heilung angesehen werden und hat v. Beck bei seinen Fällen diffuser eitri-

Digitized by Google

ger Peritonitis 54% Heilungen erzielt, er gibt eine kurze Darstellung der Krankengeschichten sämtlicher 100 Fälle.

Die chirurgische Behandlung der Magenduodenumperforation und Magenperitonitis bespricht Dr. Brunner (Münsterlingen). Bei lokalisierter Peritonitis wird Austupfung etc. empfohlen, bei schon eingetretener Überschwemmung der Bauchhöhle mit Mageninhalt ist eine einigermassen gründliche mechanische Reinigung nur mit Hilfe der Ausspülung erreichbar, eine vollständige Elimination aller ausgesäten Keime hält Brunner nicht für möglich; bei allgemeiner Peritonitis der fibrinös trockenen Form hält er die Spülung für unnütz, bei reichlich eitrigem Exsudat jedoch solche mit warmer physiologischer Kochsalzlösung für das schonendste; er lässt derselben Drainage (meist in den Lumbalgegenden und über der Symphyse) folgen. Bezüglich der Therapie der Allgemeinintoxikation stehen wir noch vor einem ungelösten Problem. Zur antitoxischen Behandlung fehlen bislang die wirksamen Antidota.

Anlass zu peritonealen Adhäsionen nach Laparotomien können nach Dr. Vogels Erfahrungen geben: 1. Blutungen, 2. mechanische Reizungen, 3. Brandschorfe, 4. chemische Reize, 5. Fremdkörper, 6. Infektion, wobei er der letzteren eine weit geringere Bedeutung beimisst, als es vielfach geschieht. Begünstigend wirkt die Ruhe der Därme. Für die Therapie ergibt sich daraus einmal die Prophylaxe. Nur aseptische Operation und Spülung, gleichmässige Durchwärmung des Saals und aller Gegenstände, die die Därme berühren, auch der feuchten Kompressen. Vermeidung mechanischer Reize, des Paquelinapparates. Als Naht glaubt Vogel die Drahtnaht empfehlen zu sollen, weil sie nicht zur Adhäsionsbildung reize. Bei Ileus früher zu operieren, ehe die Darmserosa entzündlich verändert ist. Anregung der Darmperistaltik. Wo es gilt, bei Operation wegen Adhäsionsbildung Rezidive zu verhüten, kommt Vogel zu dem Schluss, dass erstens für permanente Bewegung der Därme zu sorgen sei, teils durch Lagewechsel, teils durch Laxantia, wobei er subkutane Injektion von Physostigmin anrät. In einem Falle ist dasselbe durch Aloe erreicht worden. Endlich hat er Versuche gemacht, die Bauchhöhle (bei Tieren) mit einer „Gleitschmiere" für die Därme zu füllen, wozu sich eine Gummiarabicumlösung in Kochsalz bewährte. Auf Grund seiner Experimente glaubt Vogel nachgewiesen zu haben, dass man mit diesen Mitteln die Bildung von Adhäsionen in der Bauchhöhle umgehen kann bei einer Versuchsanordnung, welche ohne diese Massregeln stets Verwachsungen zur Folge hat.

Allgemeines über Laparotomien von Dr. Kümmel. (Mitteil. a. d. Hamb. Staatskrankenanst. — Schm. Jahrb. 276. Bd. 10. H.). — Beiträge zur Pathologie und Therapie der gutartigen Magenkrankheiten von DDr. Petersen und Machol (Beitrag z. klin. Chir. 33. Bd. 2. H.). — Über die an der Wölflerscher Klinik seit 1895 operierten Fälle von gutartigen Magenerkrankung von Dr. Schloffer (Beitr. z. klin. Chir. 32. Bd. 2. H. — Münch. med. Wochenschrift Nr. 11). — Zur Gastroenterotomie bei unstillbarer Magenblutung von Dr. Schüssler (Zentralbl. f. Chir — Münch. med. Wochensehr. Nr. 30). — Ist bei lebensdrohender Magenblutung infolge von Ulcus ventriculi ein operativer Eingriff indiziert und welcher? Von Dr. Kaupe (Arch. f klin. Chir. 66. Bd.). — Dr. Brenner über die operative Behandlung des kallösen Magengeschwürs auf der deutschen Naturforscherversammlung zu Karlsbad (Med. Blätter Nr. 42). — Beobachtungen über das perforierte Magengeschwür von Dr. Adamson (Glasgow Med. Journ. — Münch. med. Wochenschrift Nr. 5). — Über Duodenalgeschwür von Dr. Moynihan (Lancet. — Ther. d. Gegenw. 3. H.). — Über die operative Behandlung der Gastroptose von Dr. Siek (Przegl. lek. Nr. 1. — Med. Blätter Nr. 6.). — Zur chirurgischen Therapie des Sanduhrmagens von Prof. Schmitt (Münch. med. Wochenschr. Nr. 37. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 79). — Beiträge zur Chirurgie des Magens von Dr. Ringel (Mitteil. a d. Hamb. Staatskrankenanstalt. — Schm. Jahrb. 273. Bd. 2. H.). — Prof. v. Herczel über Totalexstirpation des Magens im Budapester Ärzteverein (Ung. med. Presse Nr. 15. — Diagnose und Behandlung der Intussusception von Dr. Clubbe (Brit. med. Journ — Schm. Jahrb. 273. Bd. 2. H.). — Prof v. Eiselsberg über Darminvagination auf der Naturforscherversammlung zu Karlsbad. (Ther. d. Gegenw. 11. H.). — Über Darminvagination von Dr. Haasler (Lang. Arch. f. klin. Chir. 68. Bd. 3. H. — Ther. d. Gegenw. 12. H.). — Temporäre Kolostomie bei chronischer Dysenterie von Dr. Nehrkorn (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 1). — Prof. v. Eiselsberg über operative Behandlung grosser Mastdarmprolapse auf dem Chirurgenkongresse zu Berlin (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 33). — Prof. Rehn über die Behandlung infektiös eiteriger Herde im Peritonealraum ebendaselbst (Med. Woche Nr. 20) — Weitere Erfahrungen über operative Behandlung der diffussen eiterigen Peritonitis von Dr. v. Beck (Beitr. z. klin. Chir. 34. Bd.). — Klinische Beobachtungen über Ätiologie und chirurgische

Digitized by Google

Therapie der Magenduodenumperforation und Magenperitonitis von Dr. Brunner (Beitr. z. klin. Chir. 31. Bd. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 3). — Über peritoneale Adhäsionen nach Laparotomien von Dr. Vogel (Deutsche Zeitschr. f. Chir. 63. Bd.).

Magenkrankheiten. Prof. Schmidt (Dresden) hält zur Entstehung eines Magengeschwürs erstens eine leichte Verletzung (Erosion), dann aber ein Offenhalten der Wunde erforderlich. Experimentell beim Hunde angelegte Schnitte in der Magenschleimhaut verheilen rasch, weil die Kontraktion der unterliegenden Wandung den Schleimhautdefekt von der Einwirkung des Magensaftes abschliesst. Die kontrahierte Magenschleimhaut ist viermal so gross, als die kontrahierte Muscularis. Die meisten Geschwüre sitzen an der Regio pylorica oder der kleinen Kurvatur; an beiden Stellen ist die Schleimhaut relativ fest fixiert, wenig faltbar. Mangelhafte Motilität ist also wesentlich am Zustandekommen von Geschwüren beteiligt, daher auch die Häufigkeit von Geschwüren bei Chlorose, bei der bekanntlich mangelhafte Motilität oft vorkommt.

Die Wichtigkeit der Reizerscheinungen des N. vagus und Sympathicus für die Diagnose des Ulcus ventriculi bespricht Dr. Plönies (Wiesbaden). Während die Natur sich durch rechtzeitige Obliterationen vor der Gefahr einer Blutung schützen kann, entbehren das Geschwür und die hier freiliegenden Endigungen lebenswichtigster Nerven eines solchen Schutzes, da die Bildung von Granulationen durch die vielen täglichen Reizungen und Schädlichkeiten verhindert oder dieselben in ihrer Anlage wieder zerstört würden. Gerade deshalb aber seien die Reizerscheinungen der Nervenendigungen der Geschwürsfläche viel sichere und zuverlässigere Stützen für die Diagnose des Ulcus, als die Blutungen. Die Reizerscheinungen der beiden N. N. Vagi und Sympathici teilt Plönies ein in örtliche Reizerscheinungen und in Reflexneurosen. Als die bekanntesten und auffälligsten lokalen Reizerscheinungen bespricht er zunächst die Schmerzempfindungen des Magens in ihren Abstufungen vom schmerzhaften Druck bis zu den heftigsten Gastralgien; als Vermittler derselben bezeichnet er die sensiblen Fasern des Vagus und der Rami communicantes, die in den Sympathicusbahnen zum Magen ziehen; er warnt solche Gastralgien als nervös abzutun, da solche reinnervöse Gastralgien nur der Tabes dorsualis nach seinen Beobachtungen zukämen. Als weitere lokale Reizerscheinungen wird die Druckempfindlichkeit des Kranken gegen enganliegende Kleidungsstücke, beim Anlehnen an die Tischkante, das Schreibpult, beim Gebücktsitzen besprochen, welche in manchem Berufe oft sehr störend sich bemerkbar macht, ferner der Heisshunger mit seinen Reflexneurosen, welche pathognostisch seine für die stark reizenden, selbst zerstörenden Einwirkungen des Magensaftes bei nicht mehr intakter Magenwand. Er warnt besonders vor Verwechselung dieser Reizerscheinungen beim Heisshunger mit den Erscheinungen beim Bandwurm. Der Vollständigkeit wegen werden schliesslich noch die bekannten Reizerscheinungen der Übelkeit und des Erbrechens erwähnt. Weiter wird das Seitenstechen, als eine Reflexneurose, durch mechanische Reizung der Geschwürsfläche hervorgerufen, erwähnt, ferner die Rückenschmerzen, welche in Verbindung oder im Anschluss der Gastralgien oder auch für sich auftreten und, wie diese, verschiedene Richtungen einschlagen können, sowie auch die Erscheinungen der Nackensteifigkeit und der Nackenschmerzen, welche beim Ulcus nicht so selten sind und nicht mit der rheumatischen Erkrankung zu verwechseln sind. Hieran schliesst sich die Besprechung der Reflexneurosen, welche das Herz betreffen, wie der Herzpalpitationen, der Tachykardie, Bradykardie, der Arhythmie. Da diese Reizerscheinungen sehr häufig sind beim Ulcus, empfiehlt er bei jeder Herzaffektion, bei welcher man eine pathologische Basis durch aufmerksame Untersuchung nicht finden kann, auch auf Ulcus ventriculi hin zu untersuchen. Weiter bespricht er die Reflexneurosen im Bereiche der Brust, den Brustdruck, das Brustseitenstechen, die Brustschmerzen, welche so vorwiegend sein können, dass sich der Kranke für

Digitized by Google

brustkrank hält, ferner das Asthma nervosum, die Formen der unechten Angina pectoris et cordis, welche als nicht so seltene Begleit- und Reizerscheinungen vom Ulcus ventriculi gefunden wurden. Ferner werden die Reizerscheinungen im Bereiche des Halses, das Kugelgefühl, Würgen, Gefühl des Brennens, Wundseins, des Hustenkitzels erwähnt, sowie die Erscheinung der Salivation und des Brennens auf der Zunge. Die motorischen Reizerscheinungen führt er auf Vagusreizung, die anderen Erscheinungen teils auf Vagus- teils auf Sympathicusreizung oder beider Nervenvermittlung zurück.

Prof. Ewald hat in den letzten 10 Jahren 1080 Fälle von rundem Magengeschwür beobachtet und muss seine Erfahrung aus diesen dahin zusammenfassen, dass die Diagnose sehr häufig eine unsichere und schwankende ist, wenn nämlich die klassische Trias der Symptome in ihrer Totalität nicht unzweifelhaft nachweisbar ist. Zu dieser Trias rechnet er: 1. Blutungen, die sicher aus dem Magen kommen, 2. typische Schmerzintervalle nach jeder Nahrungsaufnahme, 3. vermehrter Salzsäuregehalt des Magens. Nur das gleichzeitige Bestehen aller dieser Symptome bietet eine ganz sichere diagnostische Handhabe. Der vermehrte Salzsäuregehalt des Magens allein z. B. ist keineswegs beweisend, denn Ewald stellt hinsichtlich der Aciditätsverhältnisse für seine 1080 Fälle von Magengeschwür folgende Statistik auf: Hyperacidität in 34,1 %, normale Acidität in 56,8 %, Subacidität in 9 %. Die Milchsäure hingegen fehlte in allen Fällen, zumeist auch der lange Bacillus. Bluterbrechen fand Ewald in 54,5 % seiner Fälle. Aus diesen statistischen Angaben geht also die wichtige und interessante Tatsache hervor, dass in ca. zwei Drittel einer grossen Anzahl sicherer Fälle von rundem Magengeschwür die Salzsäure im Magen nicht vermehrt war und dass in beinahe der Hälfte der Fälle das Symptom des Bluterbrechens fehlte. Gerade bei diesem Symptom, wenn es überhaupt vorhanden ist, muss man ausserdem noch besonders vorsichtig in der Deutung sein, da es drei Ursachen von Magenblutungen gibt, welche mit dem einfachen Ulcus nichts zu tun haben: 1. Vikariierende menstruelle Blutungen, 2. Blutungen bei septischen Prozessen, 3. parenchymatöse Blutungen. Die sogenannten hämorrhagischen Erosionen des Magens sieht Ewald als kein besonderes Krankheitsbild an. Dass man bei allen aus dem Magen kommenden Blutungen an eine Lebercirrhose denken muss, ist eine altbekannte Tatsache. Was die Differentialdiagnose des Ulcus vom Carcinom des Magens anlangt, so konnte Ewald nur konstatieren, dass darüber neue sichere Anhaltspunkte in den letzten Jahren nicht bekannt geworden sind. Er selbst hält das Aussehen der Zunge für sehr charakteristisch: bei Ulcus ist sie frisch, rot, während sie bei Carcinom belegt erscheint. Der Sitz des Geschwüres ist jetzt gerade so schwer zu diagnostizieren wie früher, auch die Heranziehung der Statistik hilft hier wenig. Ewald fand die meisten Geschwüre am Pylorus, andere Forscher halten die hintere Magenwand für besonders prädisponiert zur Geschwürsbildung. Von der Gastroskopie hat Ewald wesentliche Vorteile bisher nicht gesehen. Auch der Umstand, dass Frauen an Ulcus häufiger erkranken, als Männer (im Verhältnis von 3 : 2 : 1) und dass das Magengeschwür eine Krankheit des jugendlicheren Alters ist, gibt keinen sicheren differentialdiagnostischen Anhaltspunkt. Noch schwerer als von Carcinom lässt sich manchmal das Ulcus ventriculi von einer schweren Magenneurose unterscheiden: hier gibt häufig nur die Operation sicheren Aufschluss.

Dr. White meint, dass man es vielfach mit der Diagnose Magengeschwür nicht genau genug nimmt. Man solle namentlich bei Mädchen und Frauen vorsichtig sein, bei denen Magenschmerzen und -Blutungen ohne Geschwürbildung vorkämen auf Grund starker Blutarmut und geschlechtlicher Störungen. Diese Fälle sind prognostisch und therapeutisch bedeutungsvoll. Sie erfordern gute Pflege und Eisen, aber keine „Ulcustherapie," namentlich keine Operation.

Für die oft schwierige Differentialdiagnose zwischen Ulcus und Carcinom erscheinen Prof. Dr. Strauss (Berlin) zwei Hilfsmittel von Wert: Die

Digitized by Google

Digitalexploration des Rektum auf Metastasen und die Untersuchung des Mediastenums auf Drüsen mittelst Röntgographie. Die Mageninhaltsuntersuchung gibt keine Entscheidung. Blut findet sich im Ausgeleerten häufig auch bei Apepsia gastrica. Viermal hat Strauss Coincidenz von Ulcus mit Hernia epigastr. beobachtet. Die Widersprüche betreffs des Salzsäuregehaltes im Magensaft bei Ulcus erklären sich durch regionäre Differenzen. Die Hypersekretion hat Strauss in zwei Fällen beobachtet, wo kein Ulcus vorhanden war. Die Hyperacidität ist jedenfalls stets als verdächtig auf Ulcus zu betrachten und deshalb so zu behandeln.

In eingehender Weise bespricht Prof. Fleiner (Heidelberg) die Behandlung des Magengeschwürs. Autor tritt der Anschauung entgegen, als ob das Wismut ein spezifisches Heilmittel des Magengeschwürs sei; gleichzeitig mit der Wismuttherapie muss eine diätetische Behandlung kunstgerecht durchgeführt werden; absolute Körperruhe im Bett; wenn es der Kräftezustand erlaubt, lässt man den Patienten einige Tage hungern. Für Flüssigkeitszufuhr sorgt man durch Wassereinläufe in den Dickdarm. Gegen das Hungergefühl gibt man ernährende Klystiere. Für den ersten Tag wird es ausreichen, morgens, mittags und abends je ein Klystier von 250–300 cm³ lauwarmen Wassers, Fleischbrühe oder Fleischbrühe (200—250) mit Weisswein (50—100) vermischt geben zu lassen. Bei sehr geschwächten Kranken kann man den Fleischbrühklystieren eins bis zwei verquirlte Eier und etwas Kochsalz, ferner Milch und Traubenzucker zusetzen, muss dann aber wenigstens einmal am Tag den Mastdarm mit einem wässerigen Reinigungsklystier ausspülen. Durch den Mund wird nichts verabreicht. Feuchthalten des Mundes durch frisches Trinkwasser, das wieder ausgespieen wird, Eisstückchen etc. Sobald man merkt, dass der Magen die geringste Auftreibung zeigt, legt man einen Eisbeutel auf die Magengegend, er bleibt eins bis zwei Stunden liegen und wird nach Bedarf wieder aufgelegt. Nach Ablauf einiger Tage beginnt die Nahrungszufuhr: strenge Milchdiät; man fängt mit kleinen Portionen an, die man aber im Laufe von zwei bis drei Wochen allmählich auf 250 cm³ in Abständen von 2—2½ Stunden steigert. Bei grösserem Nahrungsbedürfnis allmählich Abkochungen der Milch mit feinen Mehlen (Arrowroot, Reismehl, Maizena etc.) oder indem man der Milch eins bis zwei Eigelbe oder Rahm beimischen lässt, Fettmilch oder eingekochte Milch verwendet. Sind auch diese Versuche geglückt, so gibt man nach vorausgegangener natürlicher Spülung des Magens durch Trinken von 100—150 cm³ Vichywasser als erstes Frühstück Hafergrütze nach Kussmauls Vorschrift, mittags und abends gute Schleimsuppen oder Brei und in den Zwischenzeiten Milch oder Fleischgelee. Letzteres Präparat ist besonders auch da zu empfehlen, wo bei Beginn einer Kur die Milch nicht vertragen wird. Nach der vierten Woche macht Verfasser den ersten Versuch mit Fleisch (weisses Fleisch, gewiegt in der Schleimsuppe). Nach und nach dann kleine Portionen mit etwas ungeschmälztem, mit Milch bereitetem Kartoffelbrei, Reis, dünnen Nudeln. Nach der sechsten Woche rotes Fleisch und zarte Gemüse etc. Zwischen der vierten und sechsten Woche kann man die Kranken erstmals aufstehen und ganz allmählich auch kurze Gänge machen lassen. Nach jeder Mahlzeit aber Ruhelage. Zur Nachkur empfiehlt Verfasser nur Aufenthalt in kräftiger, reiner Luft, keine Trinkkur, keine grösseren Reisen nach einer Geschwürskur. Etwa ein Viertel der Fälle heilt nun nicht bei einer mehrwöchentlichen, mehr oder weniger schematischen Ruhe- und Diätkur, meist wird dann die Kur nicht lange oder nicht streng genug durchgeführt worden sein. Des weiteren bespricht Verfasser seine Indikationen zur Anwendung der Magensonde und kommt dann auf die Wismutbehandlung zu sprechen. Er geht folgendermassen vor: Im Anschluss an die Spülung des nüchternen Magens, wenn das letzte Spülwasser klar abgeflossen ist und nicht mehr sauer reagiert, werden 10—15–20 g Bismut. subnitr. mit 150–200 cm³ lauem Wasser gut verrührt in den Trichter gegossen, welche nun durch den Schlauch in den Magen hinabfliessen. Während Trichter und Schlauch sich entleeren, zieht man den

Digitized by Google

letzteren vorsichtig heraus und lässt dann den Kranken gleich eine passende Lagerung einnehmen, etwa die rechte Seitenlage, wenn das Geschwür in der Pars pylorica, oder die Rückenlage, wenn man das Geschwür an der kleinen Kurvatur oder an der hinteren Magenwand vermutet, damit die Hauptmasse des Wismuts sich auf den betreffenden Stellen niederschlage. Eine halbe Stunde verharren die Patienten in der vorgeschriebenen Stellung und erhalten dann ihr Frühstück. Das im Magen aus der Suspension sedimentierte Wismut bildet auf der Magenwand einen Belag, der namentlich auf der granulierenden, buchtigen Oberfläche eines Geschwürs liegen bleibt und ziemlich fest haftet. Verfasser bespricht dann die schmerzstillende Wirkung des Wismutnitrats; wo Magenspülungen unnötig und kontraindiziert waren, liess Verfasser Wismutsuspensionen (10—20 g Wismut in ein Glas warmen Wassers gerührt) trinken, und zwar früh nüchtern, nachdem $^3/_4$—1 Stunde zuvor der Magen durch den Genuss von ca. 150 g Kalsbader- oder Vichywasser gereinigt worden war. Schliesslich machte Verfasser bei allen Magengeschwüren, auch bei jugendlichen, frischen Individuen, vom Wismut Gebrauch, wenn in den Perioden des Überganges von der flüssigen zur breiigen Kost oder von dieser zu festerer Nahrung irgend welche Störungen auftraten, wie z. B. Schmerzen oder stärkere Säurebildung. Neben den bekannten diätetischen Grundgesetzen muss man bei der Anwendung des Wismuts in allen Fällen darauf achten, dass gleich von Anfang an die Schutzdecke von Wismut auf dem Magengeschwür gross und mächtig genug ist und dass sie regelmässig erneuert oder ergänzt wird. Ist es dann gelungen, die Beschwerden zu unterdrücken und sie fern zu halten, so kann man es versuchen, die täglichen Wismutgaben auf etwa 10 g zu reduzieren und nach und nach auf 5 g oder noch weniger und endlich probeweise das Wismut nur einen um den andern Tag geben. Bestehen auch an den wismutfreien Tagen keine Beschwerden, so macht man grössere Pausen und hört schliesslich ganz auf. Eine vorsichtige Diät muss aber noch monatelang fortgesetzt werden. Die Verstopfung bei Wismut bekämpft man mit Wasser- oder Ölklystieren. Einen operativen Eingriff hält Verfasser für angezeigt in erster Linie bei der narbigen Pylorusstenose und allen von ihr abhängigen Folgezuständen, z. B. Magenerweiterung, motorische Insufficienz, Pylorusspasmen, Hypersekretion, Überdehnung des Magens und damit verbundene Neigung zu Blutungen, Hyperemesis und Tetanie; dann bei den durch Narben und perigastrische Verwachsungen und Schwielen gebildeten Formanomalien und Motilitätsstörungen des Magens. Das Magengeschwür als solches bildet eine Indikation zur Operation nur dann, wenn es am Pylorus sitzt, gleichgültig, ob es sich um ein frisches oder altes Geschwür handelt. Zweck der Operation ist hier, den Folgen der mit der Narbenbildung zunehmenden Stenosierung des Pförtners vorzubeugen. Auch alte Geschwüre an anderen Stellen des Magens mit schlechter Heilungstendenz, die trotz einwandfreier interner Behandlung oft rezidivieren und zu Blutungen neigen, legen den Gedanken an eine prophylaktische Operation nahe. In letzter Linie bilden lebensgefährliche Blutungen und manche Perforationen die Indikation zur Operation beim Magengeschwür.

Gegenüber der Meinung, dass gerade die Gefahr unvorhergesehener Blutungen beim Ulcus ventriculi die Anwendung der Magensonde zu diagnostischen Zwecken kontraindiziere, ist Dr. Agéron (Hamburg) der Ansicht, dass unter den entsprechenden Kautelen, wie Kokainisierung des Rachens, Verwendung ganz weicher und biegsamer Sonden die Einführung derselben von der Hand eines technisch geübten Arztes absolut gefahrlos ist und die Möglichkeit, dadurch eine Blutung hervorzurufen, in keinem Verhältnis steht zu der Wahrscheinlichkeit des Eintretens einer solchen infolge des Brechaktes, wie er bei Ulcuskranken so oft erfolgt. Autor legt grosses Gewicht auf die Ruhekur und erwähnt in medikamentöser Beziehung die von ihm bei chronischem Ulcus ventriculi empfohlene Eingiessung von grossen Dosen Bismuthum subgallicum (Dermatol) in Öl suspendiert. Nach vorausgegangener Auswaschung des Magens mit warmen

Digitized by Google

Borsäurelösungen wird 200 g feinsten Leinöles oder Mohnöles mit 10 g Dermatol stark geschüttelt eingegossen, darnach muss der Kranke die Rücken- resp. die Bauchlage einnehmen. In nicht zu vorgeschrittenen Fällen von chronischem Ulcus, d. h. wo noch nicht die Stenose und die dadurch bedingte sackartige Erweiterung des Magens sich herausgebildet haben, besteht der Erfolg darin, dass die Schmerzen bedeutend nachlassen, die motorischen Verhältnisse sich bessern, so dass schon relativ früh mit der Zuführung konsistenterer Speisen begonnen werden kann.

Die Eiswasserspülungen bei Magenblutungen sind nach Prof. Minkowski (Köln) weniger gefährlich als der operative Eingriff. In den wenigen Fällen von Ulcus, wo die Sondierung notwendig ist, braucht man diese nicht zu scheuen, nur Würgbewegungen sind zu vermeiden. Für die Wismutapplikation ist der Schlauch nicht nötig. Autor empfiehlt kleinere Dosen, zumal das Pulver meist sehr fest auf dem Geschwürsgrunde zu haften pflegt. Gegen die Schmerzen empfiehlt sich Atropin, gegen die Blutungen Gelatine per os in Form von Gelee u. dgl.

Prof. Stadelmann (Berlin) hat im Laufe der letzten Jahre eine ganze Reihe von Kranken, speziell solche, welche an Ulcus ventriculi litten, mit ausschliesslicher Rektalernährung behandelt und ist mit den Erfolgen dieser Therapie sehr zufrieden gewesen. In mehreren Fällen ist lediglich durch sie Heilung des Magen-Ulcus bewirkt worden, bei welchem man auf andere Weise (Behandlung nach dem Leubeschen Verfahren) nicht vorwärts kam. Die Vorschrift von Leube, solche Kranke mit heissen Kataplasmen zu behandeln, hat Autor nicht mehr befolgt; man kommt ebensoweit mit Priessnitzschen Einpackungen. Zur Einleitung der ausschliesslichen Rektalernährung entschliesst sich Verfasser nur dann, wenn die weniger eingreifenden therapeutischen Massnahmen im Stiche lassen. Autors Erfahrungen über die Wismuttherapie sind sehr günstige.

Prof. v. Mering (Halle) hat bei einem Studenten durch Selbstversuche festgestellt, dass Nährklystiere vom Mastdarm aus sehr schlecht ausgenutzt werden, von Eiweiss wurden 15 %, von Fett nur 5 % und von den Kohlehydraten 66 % resorbiert. An Stelle der Milch und der Schleimsuppen, die von manchen Ulcuskranken nicht vertragen werden, empfiehlt v. Mering frisch selbst bereiteten Labkäse, der namentlich nach Zuckerzusatz sehr nahrhaft ist.

Prof. Lenhartz (Hamburg) zieht der Milch die eiweissreichere Eierkost vor, die durch Säurebindung günstig wirkt. Von Wismut gibt er nur kleinere Dosen. Operation ist nur bei Pylorusstenose unbedingt indiziert.

Dr. Dieminger hat in drei Fällen Heilung von Magengeschwür mit Xeroform erzielt. Er verordnete: Xeroform viermal täglich 0,5 in Oblaten, Eisblase auf die Magengegend, vormittags ein Nährklysma und per os zwei bis drei Tassen kalte Milch täglich. Abends eine Morphininjektion, um für entsprechende Nachtruhe zu sorgen.

Prof. Sahli (Bern) stellt in betreff der operativen Behandlung des Magengeschwürs folgende Zeitsätze auf: 1. Die bisherigen Tatsachen sprechen nicht dafür, dass die interne Therapie des Magengeschwürs erheblich zu gunsten der chirurgischen Behandlung einzuschränken ist. Die meisten bisher operierten unkomplizierten Fälle von Magengeschwür beweisen bloss, dass das Magengeschwür auch nach Operationen heilen kann. 2. Die Gastroenterostomie, welche bisher beim Magengeschwür vorwiegend Anwendung fand, ist indiziert bei unkompensierbaren anatomischen Stenosen des Pylorus, wie sie durch Narbenbildung und Verwachsungen beim Magengeschwür zu stande kommen können. 3. Es ist nicht bewiesen, dass die Gastroenterostomie ein empfehlenswertes Mittel zur Stillung von Magenblutungen ist. Die meisten Magenblutungen stehen auf zweckmässige diätetische Verordnungen, wie sie immer mit den Gastroenterostomieen verbunden werden, von selbst und von denjenigen Blutungen, deren man auf diesem Wege nicht Herr wird, besonders jenen gefährlichen Blutungen aus der Arteria lienalis, ist der

Digitized by Google

Nachweis nicht erbracht, dass sie durch die Gastroenterostomie gestillt werden können. 4. Die therapeutischen Resultate der internen Behandlung des Magengeschwürs können erheblich verbessert werden, wenn man die übertriebene Scheu aufgibt, auch bei Magengeschwüren, da wo sie mit Stauung des Mageninhaltes kombiniert sind, rechtzeitig nicht erst, wenn es zu spät und gefährlich geworden ist, durch regelmässige therapeutische Anwendung der Magensonde die Stauung zu beseitigen. 5. Es ist nicht bewiesen, dass diejenigen Magengeschwüre ohne anatomische narbige oder adhäsive Pylorusstenose, welche durch innere Behandlung nicht heilbar sind, durch Ausführung der Gastroenterostomie heilbar werden, denn es handelt sich bei diesen unheilbaren Formen erstens um die ganz grossen, einen erheblichen Teil der Magenfläche einnehmenden, und zweitens um diejenigen Magengeschwüre, welche unter Bildung von Verwachsungen sich in Leber, Pankreas u. s. w. eingefressen haben. Beide Kategorien können aus naheliegenden Gründen nicht heilen, weil keine genügende Heranziehung der Schleimhaut möglich ist. Dass derartige ganz schlimme Formen des Magengeschwürs durch Gastroenterostomie heilen, ist nicht bewiesen und auch höchst unwahrscheinlich, weil die Operation die erwähnten physikalischen Bedingungen nicht verändert. 6. Die operative Behandlung des Magengeschwürs würde theoretisch anders zu beurteilen sein, wenn statt der Gastroenterostomien Excision der Geschwüre als chirurgische Nachbehandlung empfohlen würde. Praktisch wird jedoch auch dies an der Sachlage nicht viel ändern, indem in den zuletzt erwähnten schlimmen Fällen die Operation meist untunlich oder doch höchst gefährlich wäre, in den gewöhnlichen Fällen dagegen überflüssig ist. 7. Aufgabe der inneren Medizin ist es, das Zustandekommen von solchen schlimmen Formen des Magengeschwürs durch frühzeitige Einleitung einer rationellen Behandlung zu verhindern. 8. Von einer grossen Anzahl in der Literatur angeführter Fälle, angeblich konsequent intern behandelter Fälle von Magengeschwür, welche erst nach der Gastroenterostomie heilten, kann keineswegs zugegeben werden, dass die vorausgegangene interne Behandlung optimal, respektive sachverständig und genügend war. 9. Die Perforation des Magengeschwürs ist womöglich operativ zu behandeln.

Dr. Brentano (Berlin) hat 63 Fälle von ulceröser Magenperforation aus dem Krankenhaus am Urban zusammengestellt; davon betrafen 45 Weiber, 18 Männer. Das Alter schwankte zwischen 7 und 81 Jahren. Er unterscheidet drei Formen der Perforation; a) solche mit allgemeiner eiteriger Peritonitis, das sind 43 Fälle, von denen 14 operiert, 4 geheilt sind. Diese letzten sind alle innerhalb der ersten 16 Stunden operiert worden. Für die Diagnose der Perforation ist meist die Anamnese charakteristisch: alte Magenbeschwerden, plötzlich einsetzende heftige Schmerzen im Bauch und Kollaps. Im Status pathognomonisch ist die brettharte Kontraktion der Bauchmuskeln und die Einziehung im Epigastrium. b) Perforation in einem abgekapselten Raum i. e. subphrenische Abscesse. c) Fälle mit adhäsiver Peritonitis, die allmählich tiefer dringen.

Dr. Mintz (Warschau) hat bei zwei Patientinnen hämorrhagische Magenerosionen diagnostiziert, bei welchen neben Erbrechen und Magenschmerzen als wichtigster Befund konstant Partikelchen von Magenschleimhaut in der Spülflüssigkeit des nüchtern ausgespülten Magens zu finden waren. Die Salzsäureabscheidung kann dabei von Superacidität bis zur Anacidität variieren; die Motilität ist meistens ungestört. Die Behandlung besteht in Spülungen mit Höllensteinlösungen, 1—2‰, und in Darreichung grosser Bismuthdosen; eventuell ist eine typische Ulcuskur einzuleiten.

Dr. Pariser (Homburg) will die Störungen der muskulären Magenfunktion eingeteilt wissen in Myasthenien und poststenotische motorische Insufficienz. Die Myasthenien zerfallen in zwei Untergruppen, die der reinen Atonie und der myasthenisch-motorischen Insufficienz; die praktische Bedeutung der Atonie liege darin, dass sie das wohl zu beachtende Vorstadium der irreparablen motorischen Insufficienz bilde, ferner er-

Digitized by Google

kläre die reine Atonie viele Züge im Bilde der nervösen Dyspepsie. Gerade die letzteren Fälle lieferten den deutlichen Beweis, dass Atonie an sich mit expulsorischer Insufficienz nichts zu tun habe. Die Atonie sei eine Störung der peristalischen intraorganischen Magenbewegung, die myasthenische Insufficienz eine Störung der peristaltischen intraorganisch wirkenden Magenbewegung. Atonien können erworben sein, mindestens in der Hälfte der Fälle aber sei die Atonie ein Zeichen einer bestimmten Anlage und komme dann besonders bei demjenigen konstitutionellen Degenerationstypus vor, dessen einzelne Komponenten Stiller zuerst unter dem Bild und Namen der Asthenia universalis congenita zusammengefasst hat.

Magenatonie oder richtiger Hypotonie ist nach Dr. Pick (Wien) die Herabsetzung des Tonus der Magenmuskulatur. Symptome der Atonie sind: Druckgefühl im Magen, Aufstossen von Luft und sauerem Mageninhalt, mangelndes Hunger- und frühes Sättigungsgefühl, Schwindel ohne Bewusstseinsverlust, Kopfschmerz, -Druck, Tetanie, Verstimmung, Arbeitsunlust, Platzangst, Morbus Basedowii, Seh- und Hörstörungen, Angina pectoris, Tachykardie, Bradykardie, Urticaria, Ekzeme, Erytheme. Häufig ist die Koincidenz mit Chlorose. In gegen Eisen refraktären Formen der letzteren ist besonders auf Magenatonie zu achten. Für das Zustandekommen der krankhaften Symptome macht Verfasser hauptsächlich die Autointoxikation verantwortlich, leugnet jedoch auch nicht die von Federn besonders betonte Änderung des Blutdruckes. Die Diagnose wird gestellt auf Grund der unsicheren Inspektion, der Perkussion, besonders der neuerdings durch verschiedene Autoren ausgebildeten auskultatorischen Perkussion, Nachweis von Plätschergeräuschen zur Zeit, wo der Magen leer sein sollte, Nachweis von Mageninhalt im Magen durch Ausheberung zwei Stunden nach Probefrühstück und sieben Stunden nach Probemittagmahl, die Klempererscbe Ölprobe und bedingungsweise die Salolprobe. Die chemische Beschaffenheit des Magensaftes ist wechselnd und entspricht den jeweiligen Komplikationen. Die Therapie hat entsprechend ihrer kausalen Bedeutung eine Kräftigung der Bauchdecken durch Massage, Gymnastik, elektrische und hydriatische Behandlung anzustreben, die Autointoxikation durch Einschränkung der Fleischkost und die antifermentativen Medikamente bes. Kreosol und Ichthyol zu bekämpfen; grosse Dosen doppeltkohlensauren Natrons gibt man nur bei Hypersekretion. Blähende Speisen sind zu vermeiden. Häufige und kleine Mahlzeiten sind vorzuziehen, Flüssigkeitsvorenthaltung hält Autor nur bei Intoleranz gegen Flüssigkeit angebracht und auch da ist durch Nährklysmen das Manko zu decken.

Prof. Schmidt (Dresden) bespricht die allgemeinen Grundsätze der Ernährungstherapie bei Magenkrankheiten, wie sie sich ihm teils aus theoretischen Erwägungen, teils aus einzelnen Beobachtungen und Erfahrungen am Krankenbette ergeben haben. Zunächst ist Autor der Ansicht, dass die chemische Verdauungsarbeit weniger in der Lösung resp. der Überführung der Nahrungsmittel in einen direkt resorptionsfähigen Zustand besteht, als vielmehr in ihrer chemischen Zerkleinerung. Daraus ergibt sich, dass man, wo es auf die Schonung des Magens ankommt, was eigentlich bei fast allen Magenkrankheiten der Fall ist, die Speisen bereits in einem möglichst fein verteilten Zustande einführen soll. Nun besitzt das Fleisch und besonders das rohe, resp. geräucherte Fleisch eine nur geringe Zerkleinerungsfähigkeit. Rohes Rindfleisch und geräuchertes Fleisch (Lachsschinken, Rauchfleisch) werden aber bei Magenkrankheiten gern verordnet, allerdings sollen sie fein zerkleinert, gehackt oder geschabt und von Bindegewebe befreit gegeben werden, dies ist aber in der Praxis meist undurchführbar. Man wird sich indes nicht leicht entschliessen, die beliebte Diätverordnung des rohen Fleisches oder Schinkens wegen der Schwierigkeiten der Bindegewebsentfernung fallen zu lassen, zumal die safttreibende Wirkung, d. h. die reflektorische Anregung der Saftsekretion von der Magenschleimhaut aus, und das erhebliche Säurebindungsvermögen des rohen Fleisches nicht bestritten werden kann. Die erstere Wirkung, welche in der Diätotherapie bei subaciden oder an-

Digitized by Google

aciden Zuständen sehr erwünscht sein kann, lässt sich in solchen Fällen durch die Extraktivstoffe des Fleisches, Fleischabkochungen oder Lösungen von Fleischextrakt gleich gut erzielen, und da das Säurebindungsvermögen in den uns eben beschäftigenden Störungen der Magenfunktion nicht in Betracht kommt, so kann wegen der Unmöglichkeit, bei dem herabgesetzten Verdauungsvermögen das Bindegewebe zu lösen, das Schlusswort nur heissen: Fort mit dem rohen und geräucherten Fleisch aus der Therapie der Subacidität. Zu ganz derselben Losung, ja zu dem Ausspruch: Fort damit aus der Diät der Magenkranken überhaupt, kommt Verfasser, natürlich aus anderen Gründen, auch bei der Betrachtung der Hyperacidität; denn hier muss ebenfalls in erster Linie der Magen geschont werden und der in erhöhter Reizbarkeit befindliche Drüsenapparat so wenig wie möglich angeregt werden, wenn wir Aussicht haben wollen, ihn in den normalen Zustand zurückzubringen. Soll man nun in der Kost der Hyperaciden die Amylaceen bevorzugen? Dafür spricht, dass sie die Säureabscheidung weniger anregen, als die Eiweissstoffe; dagegen wird angeführt, dass die Speichelverdauung durch die vermehrte Salzsäure frühzeitiger unterbrochen wird, und dass infolgedessen die Amylaceen leichter der bakteriellen Zersetzung anheimfallen. Die letztere Möglichkeit muss unbedingt zugegeben werden, und es versteht sich wohl von selbst, dass man, so lange Gärungsprozesse im Magen vorhanden sind, die Amylaceenzufuhr ganz aussetzt, oder doch auf das notwendigste beschränkt. Da aber der Magensaft mehr die chemische Zerkleinerung durch Auflösung des Klebergerüstes, als die Saccharifizierung des vorwiegend in Betracht kommenden Gebäckes bewirken soll, erstere aber bei Hyperacidität nicht gehemmt ist, so kann man der Amylaceenzufuhr bei Hyperacidität, wenn nicht Zersetzungsprozesse bestehen, im allgemeinen das Wort reden. Damit soll nicht von vornherein einer einseitig ausgewählten Diät, vor der entschieden gewarnt werden muss, der Vorzug gegeben werden. Man muss nur darauf acht geben, dass von den Eiweissstoffen die safttreibenden (vor allem das rohe Fleisch) und von den Kohlehydraten eventuell die leichter zersetzlichen (Zucker) ausgeschlossen werden. Ausserdem wird man die Fette, deren sekretionshemmende Wirkung jetzt als erwiesen betrachtet werden kann, reichlicher zumessen dürfen. Sehr wichtig in der Diätotherapie der Hyperacidität ist die Einschaltung wenigstens einer grösseren Ruhepause für den Magen innerhalb 24 Stunden. Vormittags, d. h. zu der relativ beschwerdefreiesten Zeit dieser Kranken, sollen drei nicht zu kleine Mahlzeiten um 7, 9 und 11 Uhr genommen werden, dann folgt eine dreistündige Pause bis zur Mittagsmahlzeit, die schon beschnitten wird. Bis abends wird dann nichts mehr genossen, höchstens eventuell etwas Alkali genommen. Abends 6 oder 7 Uhr erfolgt die letzte und zwar sehr knappe Mahlzeit (Reisbrei, Griesbrei, Schleimsuppe mit oder ohne Zugabe von etwas fein geschnittenem kalten Braten). Bei allen schweren Fällen von Hyperacidität ist Bettruhe äusserst heilsam und kürzt die Kur erheblich ab.

Für die Behandlung motorischer Störungen und sekretorischer Reizzustände des Magens ist nach Prof. Strauss (Berlin) die Fettdiät nicht nur als geeignete Ernährungsweise, sondern auch als direktes Heilmittel zu betrachten. Bei der Beurteilung der Aciditätsverhältnisse sollte wegen der Steigerung der Gesamtacidität durch den Gehalt des Mageninhalts an Phosphaten vor allem die freie Säure berücksichtigt werden. Die Extraktivstoffe des Fliesches (in Form von starken Bouillons und Saucen oder roh gebratenem Fleisch) sind bei Hyperacidität als sekretionverstärkend zu meiden, bei entgegengesetzten Formen mit Vorteil zu verwenden. Alkoholica sind bei Steigerung der Saftsekretion (selbst als Clysmata) schädlich. Bei Magengeschwüren tritt die lange fortgesetzte Rektalernährung in ihr Recht, welche auch bei schweren Gastrektasien häufig günstig wirkt. Bei Appetitmangel und besonders bei nervösen Dyspepsien ist auf psychische Behandlung Wert zu legen.

Prof. Einhorn (New-York) befürwortet bei Hyperchlorhydrie häufige Mahlzeiten, drei grössere (Frühstück, Mittag-

Digitized by Google

und Abendbrot) und zwei bis drei kleinere (nur aus Milch und Brot und Butter bestehend). Die grösseren Mahlzeiten sollten aus den gewöhnlichen zu diesen Mahlzeiten genommenen Nahrungsmitteln bestehen mit Ausnahme von saueren, zu fetten oder unverdaulichen Substanzen. Fleisch und Eier (hart gekocht) sollten in der Diät dieses Leidens vorherrschen, während alle Arten Gewürze und scharfe Speisen vermieden werden sollen. Autor erlaubt den Patienten immer, grosse Quantitäten Brot und Butter zu sich zu nehmen, besonders letztere. Die Behandlung vermittels Arzneimittel besteht in der Anwendung der Alkalien 1—2 Stunden nach den Mahlzeiten. Einfaches doppeltkohlensaures Natron kann in Gaben von ½—1 Teelöffel dreimal täglich gegeben werden. In Fällen von Verstopfung ist es besser, das doppeltkohlensaure Natron mit Magnesia usta oder mit Magnesia usta und Rhabarber zu verbinden. So könnte man etwa folgendes geben:

Rp. Magnes. ust.
Natr. carb. exsicc.
Natr. bicarb.
Sacch. lact. āā 1,50.
M. f. pulv.

½—1 Teelöffel voll dreimal täglich, zwei Stunden nach den Mahlzeiten.

Oder:

Rp. Magnes. ust.
Pulv. rad. Rhei
Natr. bicarb.
Sacch. lact. āā 15,0.
M. f. pulv.
In derselben Dosis.

Zuweilen sind auch die Bromsalze bei dieser Affektion von grossem Nutzen, besonders wenn man mit von sonstigen Nervenreizen (Kopfweh, Schlaflosigkeit, Unbehagen etc.) behafteten Personen zu tun hat. Von den physikalischen Behandlungsmethoden kann man Elektrizität und Hydrotherapie anwenden. Intragastrische Faradisation und auch Galvanisation sind häufig von grossem Nutzen. Eine feuchte Kompresse über den Magen während der Nacht ist oft auch brauchbar. Dasselbe lässt sich auch von kalten Abwaschungen mit nachfolgender guter Abreibung der Brust und des Rückens sagen. Magenspülungen sind bei dieser Affektion nicht notwendig. Aussprayen des Magens mit Argentum nitricum oder Protargol oder Bepulvern mit Nebennierenextrakt scheinen häufig in hartnäckigen Fällen von Wert zu sein.

Bezüglich der Ernährung bei Hyperchlorhydrie empfiehlt Dr. Linossié (Vichy) folgendes Vorgehen: Handelt es sich um Fälle, in denen man der Entwickelung der Hyperchlorhydrie zuvorkommen will oder wo das bereits bestehende Übel nur geringe Beschwerden verursacht, oder um die Intervalle in den Anfällen intermittierender Hyperchlorhydrie, so verordne man eine stickstoffarme, also im wesentlichen vegetabilische Nahrung. In allen Fällen dagegen mit starken Schmerzen und heftigen Beschwerden ist eine eiweissreiche Nahrung am Platze. Sie wird sehr gut ausgenutzt und vermindert dadurch, dass sie die freie Salzsäure bindet, fast augenblicklich die Beschwerden der Kranken. Natürlich müssen dabei diejenigen Nahrungsmittel bevorzugt werden, die die HCl-Sekretion am wenigsten steigern Am beträchtlichsten ist sie bei Fleischnahrung, man verbietet deshalb Fleisch am besten ganz. Geringer ist sie schon bei Genuss von Eiern, am schwächsten aber bei Milch. Letztere kommt deshalb hier in erster Reihe in Betracht, zumal sie dank der feinen Verteilung des Kaseins am besten die freie Salzsäure bindet und demgemäss die Beschwerden, die von der Superacidität abhängen, am wirksamsten lindert. Wegen dieser vorzüglichen Eigenschaft wäre die Milch bei allen Formen von Hyperchlorhydrie am Platze, wenn es nicht Fälle gäbe, in denen sie nicht vertragen wird. Gerade in manchen schweren Formen von Hyperchlorhydrie mit Stase kann sie zu Fermentation Veranlassung geben und hier scheint ihr rohes Fleisch überlegen zu sein. Endlich sind auch Fette bei Hyperchlorhydrie indiziert; sie werden am besten in Form von Butter und Sahne verordnet.

Dr. Walko (Prag) empfiehlt zur Behandlung der Superacidität Olivenöl in Dosen von 150—300 Gramm täglich durch Schlundsonde oder per os. Er hat nach mehrwöchentlicher Behandlung wesentliche Besserung und selbst Heilung

Digitized by Google

gesehen. Keine Beeinträchtigung der Magenverdauung. Die Salzsäureabscheidung wird vermindert und verzögert. Auch bei spastischen Stenosen des Verdauungskanals hat sich ihm diese Behandlungsmethode bewährt, ferner auch bei frischem Ulcus ventriculi, wo das Öl einen Schutz gegen die Ätzwirkung des übersauren Magensaftes bildet. Das Öl ist dem Atropin und dem Natrium bicarbonicum in diesen Fällen weit überlegen, die nur zum Ersatze herangezogen werden können.

Dr. Cohnheim (Berlin) erzielte in elf Fällen von Pylorus- und Duodenalstenosen durch Gaben von grossen Dosen von Olivenöl (100—250 g täglich) sehr gute Resultate, auch da, wo alle sonstigen therapeutischen Massnahmen versagt haben. Er erklärt sich die günstige Wirkung des Olivenöls in Fällen von spastischer Pylorusstenose (infolge von Ulcus oder Fissur am Magenausgang) durch die krampfstillende Eigenschaft dieses Mittels, die ja auch schon bei reflektorischen Ösophagospasmus und bei Gallensteinkoliken vielfach erprobt ist. Die Erleichterung der Beschwerden, die der Verfasser auch bei organischer (narbiger) Pylorusstenose durch grosse Gaben von Olivenöl erzielte, führt er auf Verminderung des Reibungswiderstandes, durch das Öl zurück. In Anbetracht der guten Erfolge dieser Therapie rät der Verfasser, in allen Fällen von Pylorusstenose, wo als ultimum refugium ein operativer Eingriff in Erwägung gezogen wird, vorher noch einen Versuch mit Ölbehandlung zu machen. Dieselbe hat insofern auch eine differential-diagnostische Bedeutung, als sie bei rein hysterischen Magenleiden versagt.

Wie Dr. Boas (Berlin) ausführt, ist die moderne Therapie der nervösen Dyspepsie eine Kombinationstherapie: Diät, Hydrotherapie, Elektrotherapie, Massage, Heilgymnastik, Aero- und Thalassotherapie u. a. Alles vereinigt sich oder soll sich wenigstens zu einem grossen Gesamteffekt vereinigen. Dieser Methode steht eine zweite gegenüber, die von den meisten einsichtigen Ärzten geübt wird und die man allgemein als Ruhekur bezeichnen darf. Sie findet in der Weir-Mitchell-Kur ihren prägnantesten Ausdruck. Diese absolute Ausschaltung aller äusseren Reize und Einwirkungen ist auch heute noch das geeignetste Verfahren bei unruhigen, abgemagerten, schlaflosen Neurasthenikern. Auch hier muss aber, je nach dem Grade des Leidens, individualisiert werden, in dem Sinne, dass Ruhe mit leichter körperlicher Bewegung, mit nicht anstrengender geistiger oder körperlicher Beschäftigung abwechseln kann, ohne dass hiedurch der Erfolg der Kur beeinträchtigt wird. Neben der Ruhekur hält Verfasser eine rationelle, den individuellen Verhältnissen angepasste Ernährung für den wesentlichsten Bestandteil der Behandlung. Er hat eine Diät zur Anwendung gebracht, die sich den Normalmahlzeiten (fünf pro Tag) anschliesst und sich auch quantitativ und qualitativ von den Lebensgewohnheiten des Kranken möglichst wenig entfernt. Als Fettbildner figurieren gute Butter, Sahne (750 g bis 1000 g pro die auf vier Mahlzeiten verteilt), die v. Meringsche Kraftschokolade und reichliche Kohlehydrate (Weissbrot, Zwieback, Zucker, Mehlspeisen, Gemüse), als Eiweissbildner kommen Fleisch, Fisch, Eier in Betracht. Als natürliche Stuhlbewirker kommen Honig, Milchzucker, Marmeladen, Salate, Grahambrot, Buttermilch, Kefir, Apfelwein, alles in geeigneter Weise kombiniert, zur Verwendung. Faradisation ist vollkommen entbehrlich, Massage nur aus kosmetischen Gründen, um eine gleichmässigere Fettverteilung anzustreben, aber auch dann nur ganz vereinzelt. In den sogenannten glatten Fällen kommt man mit dieser einfachen, ungekünstelten Methode vollkommen zum Ziele, vorausgesetzt, dass der psychische Einfluss des Arztes genügend zur Geltung kommt. Diesen glänzenden Resultaten stehen andere wenig günstige gegenüber. Eine sehr häufige Form des Misserfolges besteht darin, dass die Kranken während der Kur sich wesentlich bessern, aber mit dem Augenblick, da sie in ihre häuslichen Verhältnisse eintreten, sehr bald wieder rückfällig werden. In Fällen, in welchen eine wesentliche Aufbesserung des Gewichtes erfolgt, die lokalen oder allgemeinen nervösen Beschwerden in ungeminderter Weise fortbestehen, können

Digitized by Google

klimatische Kuren, namentlich Aufenthalt im Hochgebirge, mit gleichzeitiger hydropathischer Behandlung, Aufenthalt an der See oder noch besser längere Seereisen den Kurerfolg wesentlich fördern. Ungeeignet im allgemeinen sind systematische Mineralwassertrinkkuren. Der Wert von Medikamenten ist im ganzen ein symptomatischer. Wo z. B. durch keine der bekannten physikalischen und hydrotherapeutischen Methoden Schlaf zu erzielen ist, tut eine einmalige Darreichung von Trional oder Hedonal bisweilen Wunder. Desgleichen sieht man bei Aufregungs- und Angstzuständen, Übelkeit, Druck im Magen, von Brompräparaten in Dosen von 1—3 g pro die, zwar nicht immer, aber doch oft genug vorübergehende oder selbst dauernde Besserung. Auch kleine Dosen von Kokain, Kodein oder Dionin, bei schmerzhaften Sensationen im Magen oder Darm, auch Chloral in verzettelten Dosen. Recht günstige Erfolge hat Verfasser hin und wieder von Validol (dreimal täglich 8—10 Tropfen) beobachtet. In jedem Falle muss man aber danach streben, den Kranken diese und ähnliche Mittel mit der Zeit entbehrlich zu machen, am passendsten, dass man bei besserem Befinden die Dosis von Tag zu Tag verringert. Die Gesamtbehandlung erfordert in den ausgeprägten Krankheitszuständen eine Anstaltsbehandlung. In sehr ruhiger Häuslichkeit und bei verständnisvoll geleiteter Küche mag — besonders in kleinen Städten oder auf dem Lande — ein Versuch mit einer Hauskur gestattet sein. Vorbedingung hiefür sollte immer sein: Trennung von allen geschäftlichen, häuslichen und Familienverpflichtungen. Beim Vorwalten mehr reiner Magen- und Darmsymptome wird man eine Magenheilanstalt wählen, bei Kranken, bei welchen mehr Symptome der allgemeinen Neurasthenie, speziell Schlaflosigkeit, grosse motorische Unruhe, hypochondrische Gemütsverstimmung vorwalten, dürften Nervenheilanstalten vorzuziehen sein.

Prof. Rosenbach (Berlin) sieht in der methodischen Anwendung der Magensonde — wenn auch nicht gerade speziell in der Magenspülung — bei funktionellen Magenerkrankungen erstens einen nicht zu unterschätzenden kurativen Faktor, der einen adäquaten Reiz für die Steigerung oder Normalgestaltung der Funktion liefert, zweitens kann sie als blosses Mittel der Suggestion wirken und drittens haben wir in ihr ein wichtiges Moment für die erziehliche Therapie, die durch eingehende Belehrung und Übung es erreicht, dass der an gewissen Regulationsstörungen Leidende durch die Kraft seines Willens die abnorme Reflexe, perversen Innervationsvorgänge und unrichtigen Vorstellungen unterdrückt, also seine Funktion in der Richtung der Norm reguliert.

Dr. Waeber (Liebau) schreibt über Magenausspülungen bei kleinen Kindern. Ihre vornehmlichste Indikation findet die Magenausspülung bei ganz akuten Magenaffektionen, die noch nicht auf den Darm übergegangen sind. Bei akuten Vergiftungen hat auch Waeber gleich anderen Kinderärzten die besten und schnellsten Erfolge zu verzeichnen, da gewöhnlich schon eine oder zwei Spülungen genügten, um ohne Anwendung anderer Mittel vollständige Heilung zu erzielen. Wenn aber die den Verdauungstraktus schädigenden Momente nicht nur den Magen allein, sondern auch den Darm betreffen, resp. vom Magen aus in den Darm übergetreten sind, tritt neben der Magenausspülung gleichzeitig die Behandlung des Darmes in ihr Recht, sei es durch ausgiebige Spülungen und Applikation von Medikamenten vom Mastdarm aus, sei es durch Abführmittel in Desinfizientien per os gereicht. Immerhin wird auch hier die Magenausspülung als wertvoller Heilfaktor nicht ausser acht zu lassen sein, speziell wo es sich um sogenannte Gärungskatarrhe handelt. Allerdings dürfte hier schwerlich mit ein oder zwei Spülungen etwas zu erreichen sein, sondern es müssen dieselben, je nach dem Fall, entweder täglich oder jeden zweiten Tag, mitunter mehrere Wochen lang fortgesetzt werden. Waeber hat mehrfach die Beobachtung gemacht, dass bei länger dauernden Magen-Darmkatarrhen, bei sonst gleichbleibender Behandlung und Diät, sofort eine Verschlimmerung eintrat, wenn die Spülungen vor vollständiger Genesung ausgesetzt wurden. Er warnt

Digitized by Google

jedoch, in Übereinstimmung mit anderen Beobachtern, vor Magenausspülungen bei sehr vorgeschrittenen Fällen, in welchen sich die Kinder bereits im Zustande hochgradiger Prostration befinden. Auch hier sind einzelne gute Erfolge nicht ausgeschlossen; immerhin ist aber daran festzuhalten, dass bei einem erschöpften Kinde und bestehender Herzschwäche die Manipulation der Magensondeneinführung und der Spülung, und eine gewisse Aufregung, in die das Kind dabei versetzt wird, durch Shock plötzlichen Tod herbeiführen kann. Die technische Ausführung der Magenausspülungen auch bei ganz kleinen Kindern ist durchaus nicht schwer, wenn sie von einigermassen geschickter Hand und mit der nötigen Ruhe ausgeführt wird; auch bei recht ungeberdigen Kindern ist man oft geradezu überrascht, wie glatt und gut sie gelingt. Auch bei Brechdurchfall werden mit Magenausspülungen gute Erfolge erzielt. Diese Behandlungsmethode müsste in schweren Fällen, die medikamentös nicht zu beeinflussen sind, von den Praktikern mehr berücksichtigt werden.

Zur Verhinderung des Brechreizes beim Einführen der Magensonde lässt Dr. Grenshaw (Atlanta) das Ende der Sonde, d. h. den zuerst einzuführenden Teil in einer Ausdehnung von 8 bis 10 cm durch Äthyl-Chloridspray gefrieren. Die eiskalte Sonde, welche dann, ähnlich wie Eispillen beim Erbrechen, die Schleimhaut anästhetisch macht und den Brechreiz nicht aufkommen lässt, soll dann ohne Schwierigkeit einzuführen sein.

Über die chronische, nicht obstruktive Form der Magenerweiterung sprach Dr. Allbutt (Cambridge) in der British Medical Association zu Manchester. Ein fastender normaler Magen enthält stets 20—30 ccm klarer Flüssigkeit; Mengen, die 100 ccm überschreiten, sind sicher abnorm, auch darf der Saft keine als solche erkennbaren Speisereste enthalten. Die Behandlung besteht wenn möglich in Anwendung der Magensonde, in Regelung der Diät mit Vermeidung der Flüssigkeiten; hydrotherapeutische Massnahmen sind empfehlenswert, ebenso die Verabreichung von Papain, Ruhe vor und nach dem Essen ist nötig. Bei mageren Personen ist oft eine Mastkur erfolgreich.

Dr. Bardswell (Banchory) betont die Häufigkeit, mit der Tuberkulöse an Magenerweiterung erkranken; er warnt deshalb vor der in Sanatorien üblichen Überernährung, von der er häufig schlimme Folgen gesehen hat.

Dr. Crombie und Dr. Bokenham wandten in 17 Fällen von atonischer Magenerweiterung elektrische Ströme von hoher Frequenz an. In den meisten Fällen konnten sie nachweisen, dass der Magen sich durch den Einfluss der Elektrizität sofort verkleinerte, und zwar bei einer Sitzung um $^3/_4$ Zoll in jeder Richtung. Nach 10 bis 20 Sitzungen soll der Magen seine normale Ausdehnung und Lage wiedererlangen. Zugleich wurde bei 15 unter den 17 Fällen die Verdauung wieder eine normale und besserte sich die meist sekundär entstandene Neurasthenie. Die Behandlung soll die ungestreiften Muskelfasern des Magens durch den Vagus tonisieren; gleichzeitig bestehende Anomalien der Magensekretion (Hypochlorhydrie etc.) werden durch die Behandlung nicht beeinflusst; nur die motorische Kraft des Magens wird gebessert, er entleert sich zu normaler Zeit, und die Stauung der Speisen, mit allen sie begleitenden üblen Folgen, hört auf. Neben der Behandlung mit diesen Strömen wurden die Kranken auf eine Trockendiät gesetzt; bei den Mahlzeiten wurde nie getrunken, die zum Leben nötige Flüssigkeitsmenge wurde in Form von heissem Wasser wenigstens $^3/_4$ Stunden vor den Mahlzeiten gegeben. Abgemagerte Kranke nehmen bei dieser Behandlung an Gewicht zu, während Dicke abnehmen.

Dr. Banks (Liverpool) empfiehlt zur Behandlung der Magenerweiterung die Gastroplikation: ein sechs Zoll langes und drei Zoll breites Stück wird aus der vorderen Magenwand entfernt. Ein vom Autor 1899 so operierter Fall ist bisher gesund geblieben.

Gegen Ektasia ventriculi und Dyspepsien verschiedenen Charakters sah Dr. Sittmann vortreffliche Wirkung von der Verabreichung des Papain-Reuss; er gab das Mittel in der Dosis von 0,3—0,5 g, mit etwas Wasser zu einem Brei angerührt, ohne Oblate so-

Digitized by Google

fort nach jeder Mahlzeit. Bequemer ist die Verordnung in Pastillenform.

Dr. Mayor (Genf) wandte tierischen Magensaft, die sogenannte „Gasterine", bei zwei Patientinnen mit Enteroptose und Darniederliegen der Magenfunktion an. Der Erfolg war ein guter: Der Magen entleerte sich rascher, die Schmerzen schwanden, der Schlaf wurde gut, der Appetit besserte sich, das Körpergewicht nahm zu; und das alles, trotzdem die Enteroptose als solche sich nicht wesentlich änderte. Die „Gasterine" scheint, abgesehen von ihrer chemischen Wirkung bei der Verdauung der Speisen, auch die Motilität des Magens, direkt oder indirekt, günstig zu beeinflussen. Bei vorübergehenden Dyspepsien, z. B. im Laufe fieberhafter Erkrankungen, wird der Magensaft am besten mit Milch (25 ccm : 75 ccm Milch) stündlich oder zweistündlich gegeben. Bei chronischen Dyspepsien wird er bis zur Maximaldosis von 500 ccm pro die, ebenfalls in Milch, oder in Wein, Wasser, Bouillon, während der Mahlzeiten in kleinen Portionen getrunken.

Prof. v. Herff (Halle a. S.) bespricht die Parese und Paralyse des Magens mit Magenerweiterung nach Laparotomien. Seiner Überzeugung nach liegen der akuten Magenparese und Paralyse wesentlich Schädigungen der nervösen Apparate des Magens zu grunde. Diese Schädigungen liegen vielleicht in einem Trauma des Rückenmarks und können in einer gewissen Anzahl von Fällen im Gefolge einer akuten Überdehnung auftreten, in anderen wiederum sich als Giftwirkung angewandten Chloroforms oder im Magen gebildeter Toxine einstellen. In einer nicht unbeträchtlichen Anzahl von Fällen steht aber nach v. Herff jede Erklärung zur Zeit noch aus. Das Bild der akuten Magenlähmung trägt nach Autor zahlreiche Züge eines Darmverschlusses oder einer Bauchfellentzündung an sich, doch weichen einzelne Erscheinungen von den Symptomen dieser etwas ab. Schweres, nicht fäkulentes, häufig geringes Erbrechen, meist mit sehr heftigen Magenschmerzen verbunden, begleitet von rasch eintretendem Krankheitsgefühle, schwerem, rasch zunehmenden Kräfteverfalle mit allen diesem Verfalle eigentümlichen Erscheinungen sind die wesentlichen Symptome. Hierzu gesellt sich fast durchweg: Auftreibung des Magens zumeist mit Fehlen von Darmauftreibung, Fehlen jeder Magenbewegung, erheblicher Durst, Zeichen der Herzschädigung bei normaler oder subnormaler Temperatur. Als Schema der Behandlung schlägt v. Herff folgendes vor: Prophylaktisch wird man Operierte mit chronischen Magenkrankheiten besonders sorgfältig überwachen. Auch wird man dem Chloroformerbrechen, sofern es besonders heftig oder anhaltend auftritt, eine erhöhte Aufmerksamkeit schenken, damit eine beginnende Magenlähmung nicht übersehen wird. Bei eintretender Magenlähmung: systematische, möglichst frühzeitig durchgeführte Magenspülungen bei völligem Ausschluss jedwelcher Magenernährung; ausgiebige Anwendung von Nähr- und Weinklystieren, Faradisation des Magens. Gegen die drohende Verdurstung, gleichzeitig auch zur Hebung der Diurese und Anregung der Herztätigkeit Kochsalzwasserklystiere, vor allem aber Kochsalzwasserinfusionen bis zu 1—1½ Liter den Tag neben ausgiebigem Gebrauche der Analeptica. Gleichzeitig wäre nach Schnitzler ein Versuch der Lagerung in Knieellenbogenlage oder in Beckenhochlagerung, diese aber in Bruchlage gewiss nicht zu unterlassen.

Prof. Schmidt über die Entstehung des Magengeschwürs auf dem Kongresse für innere Medizin in Wiesbaden (Ther. d. Gegenw. 5. H.). — Die Reizungen des N. sympathicus und vagus beim Ulcus ventriculi von Dr. Plönies (Autoreferat). — Prof. Ewald über die Diagnose des Ulcus ventriculi auf dem Kongresse für innere Medizin in Wiesbaden (St. Petersb. med. Wochenschr. Nr. 20). — Zur Differentialdiagnose des Ulcus rotundum von Dr. White (Lancet. — Schm. Jahrb. 273. Bd. 1. H.). — Dr. Strauss über die Diagnose des Ulcus ventriculi auf dem Kongresse für innere Medizin zu Wiesbaden (Med. Woche Nr. 18). — Die Behandlung des Magengeschwürs von Prof. Fleiner (Deutsche Praxis Nr. 18 u. Zentralbl. f. d. ges. Ther. 9. H.). — Diagnostisch-therapeutische Bemerkungen zum Magengeschwüre von Dr. Agéron (Münch. med Wochenschr. Nr. 30. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 66). — Prof. Minkowski, Prof. v. Mering u. Prof. Lenhartz über Ulcus ventriculi auf dem Kongresse für innere Medizin zu Wiesbaden (Med. Woche Nr. 18). — Über Verwendung ausschliesslicher Rektalernährung von Prof Stadelmann (Deutsche Ärzte-Ztg. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 3. H.). — Heilung von Magengeschwür mit Xeroform von Dr. Dieminger (Therap. Monatsh.

Digitized by Google

— Zentralbl. f. d. ges. Ther. 11. H.). — Zur chirurgischen Behandlung des Magengeschwürs von Prof. Sahli (Korr.-Bl. f. Schw. Ärzte Nr. 12). - Dr. Brentano über ulceröse Magenperforation in der freien Vereinigung der Chirurgen Berlins (Med. Woche Nr. 51). — Über hämorrhagische Magenerosionen von Dr. Mintz (Zeitschr. f klin. Med. 46. Bd.). — Dr. Pariser über Atonie des Magens auf dem Balneologenkongresse zu Stuttgart (Zeitschr. f. diät. u. physiol. Ther. 6. Bd. 1. H.). — Über Magenatonie von Dr. Pick (Wien. med. Presse Nr. 6. u. 7). — Beiträge zur Diätotherapie bei Magen- und Darmkrankheiten von Prof. Schmidt (Münch med. Wochenschr. Nr. 6 u. 7. — Ärztl. Praxis Nr. 12 u. Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 18.). — Grundsätze der Diätbehandlung Magenkranker von Prof. Strauss (Würzb. Abh. 1. Bd. 12. H. — Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 5. Bd. 8. H.). — Prof. Einhorn über Hyperchlorhydrie in der Orange Mountain Medical Society (Deutsche Praxis Nr. 12). — Die Ernährung bei Hyperchlorhydrie von Dr. Linossié (Presse méd. — Ther. Monatsh. 1. H.). — Dr. Walko über die Behandlung der Superacidität auf der Naturforscherversammlung zu Karlsbad (Med. Blätter Nr 41). — Die Heilwirkung grosser Dosen von Olivenöl bei organischen und spastischen Pylorus- und Duodenalstenosen und deren Folgezuständen von Dr. Cohnheim (Ther. d. Gegenw. 2. H. — Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 6. Bd. 6. H.). — Über nervöse Dyspepsie mit besonderer Berücksichtigung der Diagnose und Therapie von Dr. Boas (Berl. Klinik 161. H.). — Die Magensonde als Mittel lokaler und psychischer Therapie von Prof. Rosenbach (Krankenpfl. — Ther. Monatsh. 7. H). — Über Magenausspülungen bei kleinen Kindern von Dr. Waeber (St. Petersb. med. Wochenschr. Nr. 30). — Über Einführen der Magensonde von Dr. Grenshaw (Medico Nr. 5). — DDr. Allbutt und Bardswell über die Ursachen die Diagnose und die Behandlung der Magenerweiterung in der British Medical Association zu Manchester (Münch. med. Wochenschr. Nr. 37). — Die Behandlung der atonischen Magenerweiterung mit Strömen von hoher Frequenz von DDr. Crombie und Bokenham (Lancet. — Münch. med. Wochenschrift Nr. 51). — Dr. Banks über die Behandlung der Magenerweiterung in der British Medical Association zu Manchester (Münch. med. Wochenschr. Nr. 37). — Über Ectasia ventriculi von Dr. Sittmann (Medico Nr. 17). — Die Gasterine von Dr. Mayer (Rev. méd. d. l. Suisse rom. — Zeitschr. f. diät u. phys Ther. 6. Bd. 5. H.). — Über schwere Darm- und Magenlähmungen, insbesondere nach Operationen von Prof. v. Herff (Zeitschrift f. Geb. u. Gynäk. — Schm. Jahrb. 275. Bd. 7. H.).

Malaria. Beiträge zur Malariafrage liefert Prof. Purjesz (Kolozsvár). Eine grössere Anzahl von Stechmücken (Anopheles claviger) wurde in einen Behälter getan, der aus einem mit Tüll überspannten Holzrahmen bestand. Auf diesen legten Malariakranke ihre Gliedmassen und boten so den Mücken Gelegenheit, Malariaparasiten enthaltendes Blut aufzunehmen. Die Behälter wurden dann in den Thermostaten gebracht und bei 30 bis 32° C. gehalten. Am siebenten bis achten Tage waren am Magen der so behandelten Mücken bereits mit Sporozoen gefüllte Blasen zu sehen, am zehnten bis zwölften Tage waren diese Blasen geplatzt und die Sporozoen befanden sich schon in den Speicheldrüsen der Mücken. Von solchen Mücken, die vor zehn bis zwölf Tagen das Blut von Malariakranken aufgenommen hatten, liessen sich sechs Versuchspersonen stechen; bei allen trat Malaria mit ihren charakteristischen Symptomen auf. Die Inkubation betrug sieben bis elf Tage. Dass die längere oder kürzere Dauer der Inkubation von der Zahl der zur Verwendung gelangten Anopheles abhing, liess sich nicht feststellen. In einem Falle wurden während der Inkubation zweimal volle Dosen Chinin gereicht, um zu sehen, ob das so präventiv gegebene Chinin fähig sei, den Ausbruch der Krankheit zu hindern. Das Fieber erschien jedoch mit allen seinen Begleiterscheinungen ebenso wie bei den übrigen Kranken, die kein Chinin während der Inkubation erhalten hatten.

Dr. Kuhn behandelt die unter dem Namen „Pferdesterbe“ bekannte Infektionskrankheit und ihre Übertragbarkeit durch Moskitos. Er hat gegen diese Sterbe ein Serum gefunden, das die ausgebrochene Krankheit zu heilen, ausserdem aber eine hohe vorübergehende Giftfestigkeit zu geben vermag. Kuhn stellt die Theorie auf, dass Malaria und Pferdesterbe identisch sind. Er hat die Malariaplasmodien im Blute der erkrankten Pferde, beim Einsetzen des Fiebers, gefunden. Eine Bestätigung findet diese Annahme fernerhin in den gelungenen Versuchen Kuhns, das Serum der Pferdesterbe zur Bekämpfung der menschlichen Malaria zu verwenden. Tatsächlich liess sich das Fieber bei allen Geimpften durch dieses Serum beeinflussen. Die Impfung ist um so erfolgreicher, je mehr Malariaanfälle der Kranke schon überstanden hat: bei Eingeborenen (erwachsenen) und alten Afrikanern beseitigt die Impfung bisweilen den bestehenden Anfall sofort, während bei Kindern und Neu-Eingewanderten auf

Digitized by Google

die Impfung oft noch vier bis fünf Fieberanfälle folgen. Quotidiana und Tropica werden am wirksamsten, Quartana am wenigsten beeinflusst. Die Menge des zur Impfung benutzten Serums (ein oder einige Kubikzentimeter) ist entscheidend für den Erfolg der Impfung. Die Impfung wirkt stärker, wenn sie während des Anfalles vorgenommen wird, als während der Pause. Kuhn nimmt an, dass die Impfung eine Steigerung der Malaria-Schutzstoffe herbeiführt, also den Eintritt der Spontanheilung beschleunigt. Sobald die Wirkung dieser Schutzstoffe erschöpft ist, kommt es gewöhnlich zu einem sogenannten Nachfieber. Dieses verläuft aber ganz leicht, weil nunmehr die von früheren Anfällen herstammenden Schutzstoffe auf die Parasiten einwirken.

Gestützt auf 100 Fälle empfiehlt Dr. Ferguson die Behandlung der chronischen Malaria mit subkutanen Einspritzungen von Chininum hydrobromicum. Er verwendet 0,2 des Chininsalzes, in 1 ccm sterilen Wassers gelöst; gewöhnlich genügen sechs Einspritzungen, die jeden zweiten Tag vorgenommen werden, zur Heilung selbst schwerer Fälle.

Dr. Montero de Francisco (Monteleone) teilt einige interessante Beobachtungen über schwere Formen von Malaria in Kalabrien mit, die in anderen Malariagegenden selten vorkommen. Sie sind durch kontinuierlich-remittierendes Fieber, schwere Störungen des Verdauungsapparates mit Magen- und Darmblutungen gekennzeichnet, bieten also typhusähnliche Symptome dar. Im Blute trifft man stets zwei oder drei Arten von Hämatozoen gleichzeitig, darunter konstant und überwiegend die Laveransche Form. Diese Fieber widerstehen durchaus den gewöhnlichen Chinindosen; durch solche steigt das Fieber eher in die Höhe. Hingegen ist die Subkutaninjektion von 2 g Chinin. bihydrochloricum von grosser therapeutischer Wirksamkeit. An den folgenden Tagen injiziert man je 1 g subkutan. Endlich bekommt der Patient zur Verhütung von Rezidiven einen Monat lang täglich 1 g Euchinin innerlich.

Dr. Humpboy gibt folgende Technik der subkutanen Chininjektionen als gefahrlos, insbesondere in bezug auf Hautabscesse, an: In einem Teelöffel wird Wasser gesotten, dann darin eine 0,05 fassende Chinintablette gelöst, dann wieder erhitzt und in die Pravaz-Spritze gefüllt. Die Haut wird mit Äther gereinigt und jetzt rasch, bei tief eingestochener Nadel, intramuskulär injiziert, bei Erwachsenen in den Deltoides, bei Kindern in den Glutäus. Das tiefe, kleine Infiltrat, welches danach auftritt, verschwindet in wenigen Tagen.

Über die Wirkung des Methylenblau bei Malaria stellte Dr. Kunst (Weltewreden, Java) an 37 Patienten Versuche an. Das Mittel wurde in 1—1½ g pro die per os oder ¼—½ g subkutan mit gutem Erfolge verabreicht. Fälle, in welchen man dies Ersatzmittel für Chinin braucht, sind: 1. Idiosynkrasie für Chinin, welche selten vorkommt und 2. Kontraindikationen gegen Chinin, wie gewisse Fälle von Schwangerschaft, Verdauungsstörungen, Herzfehler, Beriberi u. s. w.

Während das Chinin nur vor dem eigentlichen Fieberanfall wirksam ist, empfiehlt Dr. Regnault als ein vortreffliches Medikament während desselben folgende Jodmischung:

Rp. Tct. Jodi
Kal. jodat. āā 4,0
Aqu. dest. 100,0

D. S. Einen Kaffeelöffel voll in etwas Wasser während des Anfalles, wenn nötig nach 15—20 Minuten einen zweiten Kaffeelöffel.

Diese Behandlung, welche sich Regnault in zahlreichen Fällen beim Militär bewährte, hindert nicht, Chinin zu geben, um am folgenden oder die nächsten Tage dem Anfall zuvorzukommen; nur muss man der Jodmischung genügende Zeit lassen, um zum grossen Teile zu verschwinden, bevor man Chinin gibt, damit man die chemische Unvereinbarkeit beider Medikamente vermeide. Die Jodmedikation ist daher als eine Vervollkommnung des Chinins oder Methylenblaus bei der Malariabehandlung anzusehen, keineswegs als Ersatz derselben.

Beiträge zur Malariafrage von Prof. Purjesz (Wien. med. Rundschau Nr. 16. — Schm. Jahrb. 276. Bd. 11. H.). — Über eine Impfung gegen Malaria von Dr. Kuhn. Leipzig, A. Barths Verlag, 1902. (Schm. Jahrb. 273. Bd. 3. H.). — Die Behandlung der chronischen Malaria mit subku-

Digitized by Google

tanen Einspritzungen von Chininum hydrobromicum von Dr. Ferguson (Brit. Med. Journ. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 18). — Über Malaria von Dr. Montero de Francisco (Klin.-therap. Wochenschrift Nr. 23—25. — Ther. d. Gegenw. 12. H.). — Über subkutane Chininiujektionen bei Malaria von Dr. Humpboy (Brit. Med. Journ. — Med. Blätter Nr. 43). — Die Wirkung des Methylenblau bei Malaria von Dr. Kunst (Med. Zeitschr. f. Niederl. Indien. — Deutsche Praxis Nr. 4). — Zur Behandlung des Malariaanfalles von Dr. Regnault (Rev. de méd. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 3. H.).

Mechanotherapie. Dr. Pick (Prag) stellte Untersuchungen über den Einfluss mechanischer und thermischer Einwirkungen auf den Blutstrom und Gefässtonus mittelst direkter Messung der aus den Venen ausströmenden Blutmenge am defibrinierten Tiere an. Er fand, dass die unter dem Namen Massage zusammengefassten Handgriffe an den Extremitäten Beschleunigung des Blutstroms bei herabgesetztem Gefässtonus, im Unterleibe Verlangsamung zur Folge haben. Bauchmassage beschleunigt den Blutstrom im Unterleib, verlangsamt den im Gehirne. Kälte auf den Extremitäten bewirkt Abnahme der Zirkulation in den Extremitäten bei gleichzeitiger Beschleunigung am Unterleibe, Verlangsamung im Gehirne. Kälteeinpackung des Bauches: Verlangsamung im Unterleib, die bald jedoch einer Beschleunigung Platz macht. Wärme macht Beschleunigung in den Extremitäten, ebenso im Unterleib, wenn man sie dort appliziert, dabei auch im Jugulargebiet. Direkt auf den Schädel appliziert bewirkt sie keine Beschleunigung an der Jugularis. Die nach Ischiadicusdurchschneidung auftretende Beschleunigung bleibt bei starker Kälte; es überwiegt die direkt an der Gefässmuskulatur einsetzende Wirkung.

Aus Dr. Ruges (Berlin) Versuchen, die er bezüglich der Muskelmassage anstellte, geht folgendes hervor. Die Massage macht den Muskel leistungsfähiger und ausdauernder, sowie vor allem flinker zur Arbeit. Dies gilt für den ermüdeten sowohl, wie auch für den vollkommen frischen Muskel. Die Massage leistet für den ermüdeten Muskel erheblich mehr, als blosse Ruhe; und es haben sogar kurze Massagen von 3—5 Minuten oft eine grössere Wirkung, als längere Ruhepausen von 10—20 Minuten. Die Leistungsfähigkeit eines ermüdeten Muskels in Kilogrammetern ausgedrückt, kann nach einer Massage von nur fünf Minuten das Dreifache, Vierfache, ja Siebenfache betragen, gegenüber seinen letzten Leistungen vorher. Zur Erzielung von Tetanus ist nach Massage eines Muskels eine grössere Reizfrequenz notwendig, als vorher. Dies gilt für ermüdete Muskeln in noch höherem Masse als für frische. Auf Grund dieser Resultate ist die Anwendung der Muskelmassage nützlich bei Ringern und Turnern vor ihren Kraftübungen, um sie gelenkiger zu machen, wie das die Griechen vor ihren Spielen taten. Ferner sind Teil- oder Ganzmassagen der Muskeln zweckmässig bei Rekonvaleszenten nach langen Krankheiten; besonders gilt dies für ältere Patienten, die durch langes Liegen besonders schwerfällig und steif werden, um sie behender zu machen. Hier wäre besonders die Muskulatur der Unterextremitäten zu massieren. Einen gewissen Schutz böte dies sicher gegen Fall und Knochenbruch älterer Leute nach langem Krankenlager. Bei allen solchen Patienten, die einige Zeit still im Bett gelegen haben, wird vor dem ersten Aufstehen eine solche Massage sehr günstig wirken und den Patienten der Übergang aus der Ruhelage in die senkrechte Haltung erleichtern. Nützlich wäre es auch bei solchen Patienten, die durch Verletzungen gezwungen lange still liegen müssen, die Muskulatur der gesunden Extremitäten zu massieren, um sie kräftig und gewandt zu erhalten. Vielleicht werden auch bei Blutarmen, bei trägen und blassen Patienten Versuche gemacht werden können, ihnen durch Massage das Müdigkeitsgefühl zu nehmen und sie körperlich leistungsfähiger zu machen, auch die Blutzirkulation anzuregen. Endlich wird man die Massage bei solchen Leuten erfolgreich anwenden, die durch körperliche Anstrengung übermüdet und dadurch gelegentlich auch appetit- und schlaflos werden; man wird die überangestrengten Muskeln massieren, um das Ermüdungsgefühl zu beseitigen und um sie wieder frisch und leistungsfähiger zu machen. Stets soll man gemischte Massage an-

Digitized by Google

wenden und die einzelnen Muskelgruppen nicht zu lange, durchschnittlich je 5 Minuten, massieren.

Prof. Hofmeister (Tübingen) berichtet über ein neues Massageverfahren, welches in rhythmischem Eintauchen der betreffenden Extremität in metallisches Quecksilber besteht. Die Übung kann der Patient selbst besorgen, 15 Minuten, eine Stunde lang, je nach der Kraft des Patienten. Hofmeister benutzt einen 50 cm hohen Eisenzylinder, den er zur Hälfte mit Quecksilber füllt. Ein Vorzug des von ihm mit grossem Erfolge erprobten Verfahrens ist die absolute Schmerzlosigkeit.

Die Bahnungstherapie der Hemiplegie und motorischen Aphasie besteht nach Dr. Lazarus (Berlin) in der kompensatorischen Ausnutzung der erhaltenen Leitungswege und in der Ausschleifung neuer Bahnen. Sie findet ihre Grundlage in der anatomisch und physiologisch festgestellten Tatsache, dass die Pyramidenbahn nicht die einzige motorische Leitungsbahn darstellt. Ausser ihr existieren noch eine Reihe von Reservebahnen, die durch die subkortikalen Ganglien, insbesondere durch den Sehhügel und die Vierhügel zum Rückenmark herabziehen. Überdies kann die gesunde Hemisphäre vermittelst der ungekreuzten Pyramidenvorderstrangsbahn für die erkrankte vikarierend eintreten. Alle Ganglienzellen des Gehirns stehen miteinander in direkter oder indirekter Verbindung, welche durch methodische Übungen gebahnt werden kann. Die Bahnung besteht in Innervationsübungen; jede motorische Willenserregung bahnt die Willensbewegung. Man unterscheidet die Pyramidenbahnung, die Associationsbahnung, die Kommissuren- bezw. Balkenbahnung. Die Übungsbehandlung soll möglichst frühzeitig nach Ablauf des Reaktionsstadiums der Apoplexie vorgenommen werden.

Eine einfache Vorrichtung zur Verhütung der Flexionspronationskontraktur des Armes, wie sie an Prof. Goldscheiders Klinik angewandt wird, beschreibt Dr. Alexander. Ein Holzkasten von der Gestalt eines Prismas, dessen Querschnitt ein gleichschenkeliges Dreieck darstellt mit rechtem Winkel an der Spitze, wird so in das Bett gestellt, dass der rechte Winkel dem Körper des Patienten anliegt, während die Basis des rechtschenkeligen Dreieckes nach dem gelähmten Arm hinsieht, also eine schiefe Ebene bildet, auf die der Arm gelagert wird. Die Seitenkanten dieser Ebene sind mit abgeflachten Ausschnitten versehen, um Druck auf den hier liegenden Oberarm zu vermeiden. Man biegt sich dann aus mittelweichem Draht einige Klammern, von denen die eine, in die der Daumen zu liegen kommt, eine runde Spange bildet, die etwas grösser als der Umfang des Daumenballens sein muss. Die zweite Klammer unterstützt das proximale Ende des Unterarmes, der, im Ellenbogen gegen den Oberarm gestreckt, nun durch seine eigene Schwere unter Ausschaltung jeder Muskelanspannung in extremer Supination gehalten wird. Bei gestrecktem Ellenbogengelenk sichert aber die Supination des Vorderarmes zugleich die Auswärtsrotation des Oberarmes. Die Abduktion im Schultergelenk wird dadurch erhalten, dass der dazwischenstehende Kasten eine Annäherung des Oberarmes an den Körper verhindert. Die Extension der Finger erreicht man, indem man über die Endphalangen von einer dritten, kleineren Klammer ein Band herabhängen lässt, das, durch ein leichtes Gewicht belastet, die Flexion verhütet. Jede Polsterung des ganzen Apparates kann man sich auf einfache Weise dadurch ersparen, dass man einen langen, dicken Wollstrumpf über Arm und Hand zieht, der sich auch zugleich gegen das oft lästige Kältegefühl in der gelähmten Extremität nützlich erweisen wird.

Dr. Lazarus (Berlin) verwendet auf Anregung Prof. v. Leydens bei der hemiplegischen Beinlähmung einen Apparat, in welchem an Stelle der ausgefallenen Muskelfunktionen die Zugkraft elastischer Bänder tritt und durch welchen die Transmission der motorischen Kraft von gesunden auf gelähmte Muskelgruppen erfolgt. Autor berichtet von einem Kranken, der nach viermonatlichem Gebrauche des erwähnten Apparates laufen, Stiegen steigen, Leiter klettern und vom Stuhl

Digitized by Google

springen kann. Auch wirke der Apparat im Sinne der Gymnastik und der Bahnung.

Derselben Autor hat an Prof. von Leydens Klinik an dem Jacobschen fixen Zimmerfahrrad eine Reihe von Verbesserungen ausführen lassen, wodurch gewissermassen ein Rad auch für die oberen Gliedmassen geschaffen wurde. Dieses Rad, das Autor „Cyklostat" nennt, hat sich bei der Anwendung der allgemeinen und der Widerstandsgymnastik, ferner bei der Ausübung der bahnenden und kompensatorischen Übungstherapie gut bewährt. Es wurde bei verschiedenen funktionellen Neurosen, bei Neuritiden und Muskelatrophien zentraler oder peripherer Ursache verwendet. Gute Resultate wurden ferner erzielt bei Kontrakturen der grossen Extremitätengelenke nach rheumatischer, deformierender oder gichtischer Arthritis; von Vorteil erwies sich ferner das Radfahren mit eingeschaltetem Widerstand bei der Fettsucht. Im Sinne der bahnenden Übungstherapie kam es bei spastischen Paresen mit Erfolg zur Anwendung. Endlich wurde der Cyklostat im Sinne der kompensatorischen Übungstherapie bei der Tabes dorsalis angewendet.

In einem im Vereine deutscher Ärzte in Prag gehaltenen Vortrage schilderte Dr. Frank (Smichow), wie die Übungstherapie der tabischen Ataxie von Frenkel in Heiden gehandhabt wird. Die Übungstherapie bezweckt die Wiedereinübung der Koordination und ermöglicht dies durch Wiederholung gewellter Bewegungen bei Schonung der Muskelkraft. Die Behandlung wird ohne Apparate durchgeführt; sie wird morgens als Bettübung und dann im Laufe des Tages im gymnastischen Saale vorgenommen. Bei den Bettübungen lässt man anfangs jedes Bein für sich, später beide Beine zusammen Freiübungen ausführen, dann werden für jedes Bein gleichzeitig verschiedene Bewegungsaufgaben geübt; anfangs unter genauer Kontrolle des Gesichtssinnes, später mit geschlossenen Augen, wobei hervorzuheben ist, dass Übungen der statischen Koordination (Ruhighalten des Beines in bestimmten Stellungen) dabei eine grosse Rolle spielen. Grosses Gewicht legt Frenkel auf das Abwechseln leichterer und schwererer Übungen. Auf eine schwerere Übung lasse man stets eine leichtere folgen. Die Dauer der täglichen Bettübungen überschreitet nie zehn Minuten einschliesslich der Pausen. Was die Übungen im Saale anlangt, so erfordert die Überwachung der Kranken ganz besondere Sorgfalt und Aufmerksamkeit, da nur durch verständige und genügende Aufsicht die Gefahren durch Unfälle vermieden werden können. Deshalb werden alle schweren und mittelschweren Kranken von beiden Seiten, leichtere von einer Seite während der Übungen beaufsichtigt. Im gymnastischen Saale wird zunächst das Tempo gelehrt: möglichst langsam. Die Kranken haben in den ersten Übungsstunden auf nichts anderes zu achten, als möglichst langsam zu gehen; dann wird geübt, die Basis zu verändern, zu verschmälern, weiters die Technik des Schrittes gelehrt, und zwar verschieden grosse Schritte vorwärts, seitwärts und rückwärts. Das Vorwärtsgehen anfangs unter genauer Kontrolle der Augen, später mit Veränderung der Blickrichtung (Vorwärtssehen, Seitwärtssehen, Hinaufsehen), zuletzt auch bei Augenschluss. Weiters wird die Haltung der Arme beim Gang variiert. Als schwerere Übungen werden Gruppenübungen vorgenommen, um wieder das Bewegen mit anderen Menschen zugleich zu lernen. Ausserhalb der Übungen wird den Kranken strenge untersagt, Übungen oder den Versuch von solchen ohne ärztliche Beaufsichtigung vorzunehmen. Entsprechend dem Prinzip der Schonung der Muskelkraft werden die Bewegungen der Kranken, Spazierengehen möglichst beschränkt, andererseits werden die Patienten angehalten, die im gewöhnlichen Leben unentbehrlichen Bewegungen vorsichtig mit Überlegung und langsam zu machen. Eine besondere Diät wird nicht vorgeschrieben, doch wird darauf Gewicht gelegt, dass der Patient langsam zunimmt. Leichte und mittelschwere Fälle werden galvanisiert (aufsteigende Ströme ohne Stromschwankungen) und erhalten Halbbäder (26—24° R). Die Übungsbehandlung während einer Badekur ist zu verwerfen. Die Massage hat sich nicht bewährt. Die akuten Schmerzen werden durch die Übungen günstig

Digitized by Google

beeinflusst. Innerlich wird Pyramidon, 0,4 g pro dosi mit günstigem Erfolge angewendet.

Dr. Pick über den Einfluss mechanischer und therapeutischer Einwirkungen auf den Blutstrom und Gefässtonus auf dem Kongress für innere Medizin zu Wiesbaden Münch. med. Wochenschr. Nr. 18). — Physiologisches über Muskelmassage nebst einigen therapeutischen Bemerkungen von Dr. Ruge (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 6. Bd. 3. H.). — Prof. Hofmeister über ein neues Massageverfahren auf der deutschen Naturforscherversammlung in Karlsbad (Med. Woche Nr. 50). — Eine einfache Vorrichtung zur Verhütung der Flexionspronationskontraktur des Armes von Dr. Alexander (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 5. Bd. 7. H.). — Dr. Lazarus über die Bahnungstherapie der Hemiplegie auf dem Kongresse für innere Medizin zu Wiesbaden (Zeitschr f. diät. u. phys. Ther. 6. Bd. 3. H.). — Über die Ersetzung gelähmter Muskelfunktionen durch elastische Züge, speziell bei der hemiplegischen Beinlähmung von Dr. Lazarus (Zeitschr. f diät. u. phys. Ther. 5. Bd. 8. H.). — Der Cyklostat, eine Modifikation des Jacobschen stationären Fahrrades von Dr. Lazarus (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 5. Bd. 8. H.). — Wie wird die Übungstherapie von Frenkel in Heiden gehandhabt? Von Dr. Frank (Prag. med. Wochenschr. Nr. 2–7).

Meningitis. Prof. Krönig demonstrierte in der Berliner medizinischen Gesellschaft einen Patienten, der vor einiger Zeit mit den Erscheinungen vorwiegend spinaler Meningitis in seine Behandlung kam. Eine Lumbalpunktion ergab einen Druck von 500 mm, eitrige Flüssigkeit, in der Meningokokken nachgewiesen wurden. Bei einer weiteren Punktion instillierte er dann einige ccm steriler Kochsalzlösung, worauf die Flüssigkeit bald rein serös wurde und Heilung eintrat, so dass Patient jetzt völlig freie Beweglichkeit der Wirbelsäule zeigt. Ohne die Instillation, hätte, meint er, keine Resorption stattgefunden; die Instillation hält er für völlig ungefährlich. Für indiziert hält er sie aber nur bei spinaler Meningitis.

Prof. Jakob verweist auf seine Versuche, die gezeigt haben, dass die injizierte Flüssigkeit bis zur Konvexität dringen, dass man also durch Infusion grösserer Mengen, 20—30 ccm, wohl eine Auswaschung auch der cerebralen Meningen erwarten könne, und deshalb das Verfahren auch für die Konvexitätsmeningitis indiziert sei. Bezüglich sonstiger Indikationen zur Infusion medikamentöser Lösungen in den Rückenmarkskanal verweist er auf den Tetanus, chronische Lues des Zentralnervensystems und die Anästhesierungsversuche.

Prof. Fränkel hält eine Auswaschung namentlich der cerebralen Meningen bei der Infusion für ausgeschlossen. Die günstige Einwirkung der Lumbalpunktion ist eher auf eine Druckentlastung zurückzuführen.

Prof. Senator glaubt nicht, dass die Instillation Königs irgend eine Verdünnung des Eiters herbeigeführt habe.

Prof. Fürbringer hat in den Zeiten vor Einführung der Lumbalpunktion einen ansehnlichen Prozentsatz von Spontanheilungen eitriger Meningitis gesehen. Prognostisch erscheinen die Fälle die schlimmsten, bei denen der Eiter dicker ist. Deshalb verwirft er nicht den Gedanken, denselben durch Instillationen zu verdünnen.

Dr. Widal und Dr. Le Sourd berichten über einen Fall von Meningitis, der nach Injektionen von Quecksilberbijodid und Natrium jodatum heilte. Zwei Monate darauf traten wieder heftige Kopfschmerzen auf, welche einige Tage anhielten und nach Quecksilberinjektionen sistierten. Die Cerebrospinalflüssigkeit enthält zahlreiche Lymphocyten. Mikroskopische Untersuchung, Beschickung von Kulturen und Tierexperiment ergaben ein negatives Resultat. Vielleicht handelte es sich um eine Meningitis syphilitischen Ursprunges, wie Verfasser in einem Falle an einem hereditär-luetischen 15jährigen Knaben beobachten konnten. Der Erfolg der Therapie dürfte dieser Annahme eine Stütze verleihen.

Prof. Krönig, Prof. Jacob, Prof. Fränkel, Prof. Senator und Prof. Fürbringer über einen Fall von geheilter Meningitis in der Berliner medizinischen Gesellschaft (Med. Woche Nr. 6). — Ein Fall von Heilung der akuten Meningitis von DDr. Widal und Le Sourd (Bullet. méd. — Med. Blätter Nr. 18).

Mesotan. Mesotan ist das von der Fabrik F. Bayer & Co. hergestellte, modifizierte Gaultheriaöl, das 71% Salicylsäure besitzt. Es ist ein Methyloxymethylester der Salicylsäure.

Digitized by Google

Von der Haut wird es sehr leicht resorbiert; kurze Zeit nach der Applikation ist Salicylsäure im Urin nachweisbar. Dr. Floret (Elberfeld) hat das Mittel bei etwa 120 Fällen von rheumatischen Erkrankungen mit bestem Erfolge angewendet. Autor schreibt dem Mittel auch einen diagnostischen Wert zu, da es auf nicht rheumatische Gelenkaffektionen keinen Einfluss ausübt, wie er sich in mehreren Fällen überzeugen konnte. Das Mesotan wird mit Olivenöl āā partes aeg. vermischt angewendet. Für eine Einreibung genügt etwa ein Teelöffel voll, täglich können 2—3 Einreibungen vorgenommen werden. Mehr wie 50 g der Mischung in einem Rezept zur verschreiben wird bei der energischen nachhaltenden Wirkung und dem jedesmaligen geringen Verbrauche in den meisten Fällen nicht erforderlich sein. Die Haut an dem Locus affectus wird sanft, etwa 5—10 mal hintereinander, mit der Mischung gerieben. Eine nachfolgende Überdeckung der bestrichenen Stelle mit Watte oder wasserdichtem Stoffe und dergleichen ist nicht nötig. Der Effekt tritt fast sofort nach der Einreibung ein. Die Patienten empfinden zuerst eine nicht unangenehme Erwärmung oder leichtes Prickeln und Brennen der Haut, worauf dann gleich der Schmerz weicht.

Auch Dr. Reichmann (Berlin) hat von der äusserlichen Applikation des Mesotans in Fällen, wo man Salicylsäurewirkung haben will, guten Erfolg gesehen. Er verordnet das Mittel mit 20—30% Ol. Ricini und lässt die eingeriebene Stelle mit Billrotbattist oder Pergamentpapier bedecken.

Dr. Ruhemann (Berlin) stellte ebenfalls Versuche mit Mesotan an. Nach Verfasser kann man den Körper von der Haut aus mit grossen Mengen überschütten, ohne dass die Nebenwirkungen, Ohrensausen, Kopfschmerzen u. s. w. zum Augenschein kommen. Ruhemann hat in fünf Wochen bei einem Manne 250 g einreiben lassen, d. h. 71 g Salicyl, ohne Schaden zu sehen. Eine Frau bekam in drei Tagen 40 g eingerieben. Bei Cystitis brachte die Einreibung mehrerer Teelöffel die Eiterung bald zum Verschwinden, bei bronchiektatischem Sputum verschwand nach einigen Tagen der Fötor. Man kann es mit geleimter Watte bedecken; es wirkt dann sehr gut. Es hat auch derivierende Wirkung, macht Hautröte. Bei gleicher Menge Ölzusatz wird der Reiz gemildert, aber nicht aufgehoben. Zweimal sah Ruhemann eine Dermatitis. Man soll nicht dieselbe Stelle immer zum Einreiben benutzen. Es ist ein gutes Mittel gegen Muskelrheumatismus, akute Exacerbationen des chronischen Gelenkrheumatismus, gichtische Affektionen. rheumatische Neuritis; sehr gut ist es beim akuten Gelenkrheumatismus. In einem Falle sah Ruhemann den Rheumatismus nach fünf Tagen ablaufen. Bei Erysipel lief der Prozess in vier Wochen, bei viermal täglichen Einpinselungen, ab. Lokalisiert ist das Mesotanpflaster zu empfehlen; es klebt gut, ist überall verwendbar.

Mesotan, ein äusserlich anwendbares Antirheumaticum von Dr. Floret (Deutsche med. Wochenschrift Nr. 42). — Praktische Erfahrungen über Mesotan, ein Mittel zur perkutanen Anwendung der Salicylsäure von Dr. Reichmann (Ther. d. Gegenw. 12. H.). — Dr. Ruhemann über Mesotan im Verein für innere Medizin zu Berlin (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 99).

Milzbrand. Dr. Vaerst hat die Versuche von Emmerich und Löw über die Wirkung des Pyocyaneusenzyms, der Pyocyanase bei Milzbrand nachgeprüft und erweitert. Seine Resultate waren nicht so günstig, wie diejenigen jener Autoren, doch ist zu berücksichtigen, dass die Pyocyanase möglicherweise mit derjenigen von Emmerich und Löw nicht ganz übereinstimmte. Als erwiesen sieht Vaerst an, dass die Pyocyanase auf den Milzbrandbacillus nicht nur eine entwickelungshemmende, sondern auch auflösende Wirkung hat. Bei gleichzeitiger Injektion beider in den Tierkörper lässt sich die Entwickelung des Milzbrandes hemmen, Kaninchen lassen sich mit einer wässerigen Pyocyanaselösung nicht gegen Milzbrand immunisieren, wohl aber mit Pyocyanaseserum.

Dr. Sobernheim (Halle) hat ein neues Milzbrandserum hergestellt, mit dem es gelang, Schafe und Rinder in zuverlässiger Weise gegen experimentellen Milz-

Digitized by Google

brand zu immunisieren, sowohl in Form der reinen, als durch kombinierte Immunisierung mittelst Serum und Kulturen. Die Immunisierung erwies sich auch gegenüber der Verfütterung von Milzbrandsporen wirksam. Praktisch wurden nun diese Versuche in Pommern verwertet, wo im ganzen 2700 Impfungen an Rindern ausgeführt wurden. Sämtliche Tiere haben die Impfung ohne nennenswerte Gesundheitsstörung überwunden, kein einziges erlag der Injektion. Der Erfolg der Impfungen bestand darin, dass überall da, wo Milzbrand herrschte, es sofort gelang, der Seuche Herr zu werden. Von den durch das kombinierte Verfahren immunisierten Tieren erkrankte während der ganzen Beobachtungszeit von mehr als neun Monaten kein einziges trotz zahlreicher Erkrankungen in der Umgebung. In mehreren Fällen bewährte sich das Serum unzweifelhaft auch als Heilmittel. Die Impfung braucht nur einmal an einem Tiere ausgeführt zu werden. Das Verfahren hat gegenüber dem Pasteurschen manche Vorzüge.

Dr. Schrade (Timmel) teilt einen Fall von Milzbrand mit, in dem er durch intravenöse Injektion von Argentum colloidale Credé (3 ccm einer 1%igen Lösung) Heilung erzielte.

Dr. Syrkin empfiehlt in allen Fällen von Milzbrand, wenn der Zustand des Kranken noch auf Erfolg hoffen lässt, die allerenergischste operative Behandlung. Die Einspritzungen antiseptischer Flüssigkeiten können sich mit dieser Methode nicht messen, wenngleich sie in einzelnen Fällen nützlich sein können, da sie das nach der Exstirpation zurückbleibende Gewebe, welches die Wunde umgibt, noch weniger gefährlich machen. Auf diese Weise soll man den Mortalitätsprozentsatz auf ein Minimum herabsetzen können.

Immunisierung gegen Milzbrand mit Pyocyanase und Kombination derselben von Dr. Vaerst (Zentralbl. f. Bakt. 31. Bd. — Schm. Jahrb. 275. Bd. 8. H.). — Über ein neues Verfahren der Schutzimpfung gegen Milzbrand von Dr. Sobernheim (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 22. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 23). — Über einen Fall von Milzbrand von Dr. Schrade (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 64). — Noch Einiges zur Behandlung des Milzbrandes von Dr. Syrkin (Wratscheb. Gas. Nr. 33. — Rev. d. russ. med. Zeitschr. Nr. 5).

Milzchirurgie. Dr. Février gibt Bericht über den gegenwärtigen Stand der Milzchirurgie auf Grund der gesamten Literatur. Bei subkutanen Rupturen ist die Splenektomie angezeigt, wenn tiefergehende Zerstörungen vorhanden sind, die Naht nur bei umschriebenen, mehr oberflächlichen Verletzungen, bei sehr verwachsener Milz und nicht zu tiefgehender Zerstörung die Naht zusammen mit der Tamponade, bei Erfolglosigkeit der letzteren die Ligatur der Stielgefässe. Die Sterblichkeit der Schussverletzungen betrug 60 bis 93%; bei abwartender Behandlung von sechs operierten Kranken wurden vier geheilt, zwei durch Splenektomie, zwei durch Naht und Tamponade. Bei traumatischen Hernien der Milz ist die Entfernung der letzteren angezeigt. Die Reposition des Organes ist misslich und kommt nur bei wenig oder gar nicht verletztem Organe und Fehlen jeder Infektion in Frage. Abscesse: Bei ausgedehnter Vereiterung des Organs und nicht allzuausgedehnten Verwachsungen ist die Splenektomie angezeigt, sonst die Incision, eventuell mit Rippenresektion. Hydatidencysten: Bei oberflächlichen oder gestielten Cysten ist die Exstirpation, bei tiefer in das Parenchym hineinreichenden die Splenektomie vorzuziehen. Von wegen Leukämie der Milz vorgenommenen Splenektomien starben 90% der Operierten infolge der Blutungen. Bei Malariamilz ist die Entfernung des Organs angezeigt, wodurch die Beschwerden schwinden; die Malaria selbst wird manchmal gehemmt, aber nicht geheilt. Echte Wandermilz (ohne Vergrösserung) ist durch Splenopexie heilbar. Jedoch ist letztere eine unsichere Operation, weil die Nähte wegen der Brüchigkeit des Organs leicht durchschneiden und Blutungen verursachen. Die wegen Stieldrehung der Milz vorgenommene Splenektomie hatte bei 13 Operationen 23% Mortalität.

Milzchirurgie von Dr. Février (Gaz. d. Hôp. — Schm. Jahrb. 276. Bd. 11. H.).

Morbus Addisoni. Dr. Hirtz berichtete in der Société de Thérapeutique

Digitized by Google

zu Paris über zwei Fälle von Addisonscher Krankheit, die durch Injektionen von Nebennierenkapseln geheilt wurden. Um das Nebennierenextrakt zu gewinnen, werden (nach d'Arsonval) 10 g der Kapseln von jungen Kälbern in Stückchen zerteilt und dann 24 Stunden lang in derselben Menge Glycerin maceriert; man fügt 5 g gekochten Salzwassers (2,5 %) hinzu und sterilisiert nach Filtrierung durch Papier mit Kohlensäure unter Druck. Jeden Tag injiziert man 1—2 ccm der mit gleichen Teilen gekochten Wassers versetzten Mischung. Gleichzeitig mit der Abnahme der Hauptsymptome (Verfärbung der Haut, allgemeiner Schwäche, Verminderung der Diarrhöen), welche ausserordentlich rasch bei beiden Patienten erfolgte, gingen auch die gleichzeitig vorhandenen Lungenerscheinungen (tuberkulöse Herde) zurück, die sogar bei dem einen Patienten völlig verschwanden, und nahm das Körpergewicht in progressiver Weise zu.

Dr. Hirtz über Behandlung der Addisonschen Krankheit mit Injektionen von Nebennierenkapseln in der Société de Thérapeutique zu Paris (Münch. med. Wochenschr. Nr. 38).

Morbus Bantii. Im Anschlusse an einen dem Vereine deutscher Ärzte in Prag vorgestellten Fall von Bantischer Krankheit, hielt Prof. Pribram einen Vortrag über dieses Leiden. Banti in Florenz hat zuerst 1894 einen Krankheitszustand beschrieben, den er Splenomegalie mit Lebercirrhose nannte und welcher mit den Erscheinungen einer Anaemia splenica beginnend nach kürzerem oder längerem Verlaufe Ikterus und Urobilinurie und allmählich Ascites und die Erscheinungen der Leberschrumpfung darbietet, der aber dem Milztumor lange vorausgegangen ist. Die Krankheit entwickelt sich bei jungen Leuten und Erwachsenen. Die Entstehungsursache ist vollkommen unbekannt, insbesondere Syphilis, Infektionskrankheiten, Alkoholismus und nach Banti auch Malaria ausgeschlossen. Das Wesentliche der von ihm beschriebenen Affektion findet Banti in der Milz, die sowohl in der Leiche als auch in Fällen von Splenektomie im Leben untersucht, eine sehr bedeutende Bindegewebswucherung, namentlich um die Arterien darbietet. Die Leber bietet ringförmige Interlobularcirrhose dar, um die Pfortaderverzweigungen beginnend und in die Interlobularspalten sich erstreckend. Nie wird die Intensität der alkoholischen Lebercirrhose erreicht. Im Übergangsstadium der Krankheit ist die Hyperplasie des Bindegewebes in der Leber im Entstehen. Das Knochenmark hat die Merkmale des fötalen, ohne jedoch eine besondere Häufigkeit der kernhaltigen roten Blutkörperchen darzubieten. In neuerer Zeit hat Senator dem Krankheitsbilde ein wichtiges Symptom hinzugefügt, nämlich die Leukopenie, wenn er auch dieses Ergebnis nur als ein vorläufig aus dem verhältnismässig noch spärlichen Material abgeleitetes hinstellt.

Dr. Barr (Liverpool) hält die Bantische Krankheit für eine vasomotorische Parese des Splanchnicusbezirks, als deren Ursache er eine Erkrankung der visceralen sympathischen Ganglien betrachtet. Durch diese Gefässstörungen werden die Eingeweide, besonders Leber und Milz, mit Blut überfüllt, Hämolysis tritt ein, und im Anschlusse an diese eine Oligochromämie und Oligocythämie. Durch die übermässige Blutzufuhr tritt Fibrose und Funktionsstörung der betreffenden Organe ein. Die Blutfülle in den Eingeweiden lässt in den anderen Teilen des Körpers Anämie eintreten, ferner allgemeines Sinken des Blutdrucks mit Verringerung der Tätigkeit des Herzens, sowie trophische Störungen, besonders Muskelatrophie. Auch führt die Blutfülle der Eingeweide häufig zu Hämorrhagien. Bezüglich der Behandlung empfiehlt Autor sorgfältige Antisepsis des Darmkanals mittelst Salol, Benzonaphthol und gelegentliche Salzklystiere. Der Blutdruck ist zu erhöhen durch Strychnin, Digitalis, Chinin oder Koffein. Hämorrhagien werden eingeschränkt durch Eisenchlorid in Kombination mit Chlorcalcium. Neuerdings wendet Verfasser auch Nebennierenextrakt an. Die Diät besteht aus möglichst einfacher, leicht verdaulicher Kost, wie rohen Eiern, Milchspeisen, Butterbrot, Fisch, Huhn, Hammelfleisch, reifem Obst, Tee, Kaffee und Milch. Bei Lebercirrhose Einschränkung der Flüssig-

Digitized by Google

keitsmenge. Gegen den Ascites empfiehlt Verfasser Drainage statt der Epiplopexie (Talmasche Operation).

Dr. Tansini hat in einem Falle von Bantischer Krankheit die Splenektomie mit der Talmaschen Operation verbunden und sehr günstigen Erfolg erzielt. Vier Wochen nach der Operation musste der Ascites nochmals durch Punktion entleert werden. Die Kranke hat sich im Verlaufe weniger Monate vollkommen erholt.

Auch Dr. Kausch berichtet über einen Fall von Bantischer Krankheit, in dem durch Milzexstirpation und Talmascher Operation Heilung erzielt wurde.

Dr. Schiassi führte bei einer im dritten (ascitischen) Stadium befindlichen Frau mit Morbus Banti, welche in zu schlechtem Zustande sich befand, als dass er die Splenektomie hätte wagen können, die Laparotomie aus und fixierte die Milz in grosser Oberfläche an das Peritoneum parietale. Hierdurch erzielte er das Verschwinden und Nichtmehrwiederansammeln des Ascites. Gleichzeitig verabreichte er der Patientin frisches Knochenmark, sowie Leberextrakt in der Dosis von 1—3 g. Er erzielte hierdurch eine bedeutende Besserung des Allgemeinbefindens, Zunahme der roten Blutkörperchen von 2,800,000 auf 4,200,000, sowie Steigerung der Diurese und der Harnstoffelimination.

Prof. Pribram über die Bantische Krankheit im Vereine deutscher Ärzte in Prag (Prag. med. Wochenschr. Nr. 9). — Klinische Studie über drei Fälle von Bantischer Krankheit von Dr. Barr (Lancet. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 79). — Die Splenektomie und die Talmasche Operation bei der Bantischen Krankheit von Dr. Tansini (Arch. f. klin. Chir. 67. Bd. 4. H. — Schm. Jahrb. 276. Bd. 11. H.). — Dr. Kausch über Bantische Krankheit in der medizinischen Sektion der schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 102). — Chirurgie und Opotherapia hepatica beim Morbus Banti von Dr. Schiassi (Gazz. d. Osped. Nr. 69. — Med. Blätter Nr. 31).

Morbus Barlowi. Die Barlowsche Krankheit erscheint nach Dr. Neumanns Ansicht als eine chronische Vergiftung mit Stoffen, die aus der Nahrung stammen, und zwar scheinen sie bei der Milch aus dem Eiweiss zu entstehen. Eine bestimmte Form der Milch ist hier anzuschuldigen; solche, die dauernd pasteurisiert, nach nochmaliger Erwärmung verabfolgt wird. Die Behandlung besteht in roher oder vorsichtig erwärmter Milch sowie Abschneidung der Zufuhr giftiger Stoffe. Vegetabilien verbessern das Blutgewebe. Die Nierenblutungen erfordern eine besonders wichtige Beachtung, da sie oft als einziges Zeichen der Affektion imponieren und die Grundlage mancher chronischen Nierenaffektion zu geben scheinen.

Nach Dr. Bolle (Berlin) ist es bei der Behandlung der Barlowschen Krankheit die Hauptsache, dass sofort mit der bisherigen Ernährung zu brechen und das Kind möglichst mit roher Milch zu ernähren ist. Allerdings ist dafür Sorge zu tragen, dass in solchen Fällen den Kindern eine Milch gereicht wird, die als absolut einwandsfrei roh getrunken werden kann. Autor ist der Ansicht, dass für das Entstehen der Barlowschen Krankheit lediglich eine zu lange Sterilisation der Milch verantwortlich zu machen ist. Ein 1—2 maliges Aufwallen der pasteurisiert gelieferten Milch im Milchkocher oder ein 1—2 Minuten langes Kochen derselben Milch im Soxhletapparat (die Milch muss mit dem Wasser im Apparat erwärmt werden) genügt vollkommen, um Keime abzutöten. Als die höchste Grenze des Kochens der Milch bezeichnet Autor sieben Minuten. Fütterungsversuche, die Autor bereits vor Jahren angestellt hatte, lieferten den Beweis, dass mit sterilisierter Milch ernährte Meerschweinchen unweigerlich an Barlowscher Krankheit eingehen.

Das Auftreten von Hämaturie bei Barlowscher Krankheit scheint Dr. Freudenberg (Berlin) ein neuer Wahrscheinlichkeitsbeweis für die jetzt wohl immer mehr durchdringende Auffassung dieser Krankheit als Skorbut oder zum mindesten eine dem echten Skorbut eng verwandte Affektion zu sein, die mit Rhachitis sich häufig vergesellschaftet, aber mit ihr direkt nichts zu tun hat; ein Beweis, der in einem vom Verfasser mitgeteilten Falle weiter unterstützt wird dadurch, dass auch in diesem wiederum das allbekannte Skorbutmittel, die Bierhefe — allerdings unter gleichzeitiger Dar-

Digitized by Google

reichung von allerhand Vegetabilien und Ersatz der sterilisierten Milch durch nur kurzer Zeit abgekochte — schnell und sicher zur Heilung führte.

Dr. Neumann über Barlows Krankheit im Verein für innere Medizin zu Berlin (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 51). — Zur Therapie der Barlowschen Krankheit von Dr. Bolle (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 6. H.) — Ein Fall von Hämaturie bei Barlowscher Krankheit von Dr. Freudenberg (Deutsche Ärzte-Ztg. Nr. 12).

Morbus Basedowii. Auf Grund seiner an Prof. Kochers Klinik an 59 Basedow-Kranken gemachten Erfahrungen rät Dr. A. Kocher (Bern) zur operativen Behandlung dieses Leidens. Autor stellt ein bestimmtes Prinzip dieser Behandlung auf, nämlich so zu operieren, „dass die Vaskularisation" des Kropfes aufhört. Kocher bezeichnet die Basedow-Struma als Struma teleangiectodes und nennt als vaskuläre Veränderungen die Expansiv-Pulsation, an der Arterien, Venen und die Drüse selbst teilnehmen, die blasenden Geräusche, die über der Drüse und den Gefässen zu hören sind, das fühlbare Schwirren und die Vergrösserung der Gefässe. Die Therapie geht darauf aus, die abnorme Vaskularisation aufzuheben und die Schilddrüse möglichst zur Norm zurückzuführen, und es ist die operative Behandlung erst dann beendet, wenn dieses Ziel erreicht ist. Also Wegnehmen der halben Struma ist, wenn die zurückbleibende Hälfte noch pulsiert, keine ausreichende Operation und nur von einer vollständigen Behandlung ist Heilung zu erwarten. Bei der Verschiedenartigkeit der Erkrankung, die bald die ganze Drüse, bald nur diesen oder jenen Teil ergreift, ist es nach Kocher kaum möglich, eine bestimmte Operation zu empfehlen. Das Rationellste ist die Kombination von partieller Excision und Ligatur der zuführenden Arterien, und zwar ist im Allgemeinen die mehrfache Operation anzuraten. In manchen Fällen ist es gestattet, von vornherein so zu operieren, dass die abnorme Vaskularisation mit einem Male unterdrückt wird. Aber weil nicht selten kleinere Operationen ausreichen, weil im Anfange nicht immer zu bestimmen ist, wieviel nötig sei, wegen der Gefahr der Kachexie nach zu grosser Operation, rät Kocher, in der Regel schrittweise vorzugehen. Als einleitende Operation empfiehlt er die Ligatur beider Arteriae superiores. Ihre Wirkung zeigt den weiteren Weg. In Wirklichkeit hat Prof. Kocher angewandt: Ligatur mehrerer vergrösserter Arterienstämme der Struma, Excision halbseitig vaskulöser Strumen, einseitige Excision mit Ligatur einer Arterie der anderen Strumahälfte, Excison mehr als der Hälfte der Struma mit oder ohne Ligatur eines zum Strumareste führenden Arterienstammes.

Dr. Abadie und Dr. Collon haben 24 Basedow-Kranke mit Jodoformäther-Einspritzungen in die Schilddrüse behandelt. Sie spritzten jedesmal (d. h. alle acht Tage) 1 ccm einer Mischung von 4 g Jodoform und 20 g Äther in die Struma, wo sie am dicksten ist. Ausser etwas Spannung und Schmerz haben die Kranken nichts geklagt, ernste Störungen traten nie auf. Die Verfasser konnten sich davon überzeugen, dass durch die Einspritzungen Bindegewebebalken in der Drüse entstehen, und dass das Drüsengewebe schrumpft. Schon nach 1—2 Einspritzungen trat zuweilen Besserung ein und je länger die Behandlung fortgesetzt wurde, um so besser wurde das Ergebnis (später wurden die Einspritzungen seltener gemacht nach Bedarf). Heilung oder an Heilung grenzende Besserung wurde zwölfmal erreicht, wesentliche Besserung neunmal, vorübergehende Besserung dreimal; die zwölf Kranken, die nicht der ersten Klasse angehören, konnten die Behandlung nicht genügend lange fortsetzen. Meist schwanden Kopfschmerz, Schlaflosigkeit, Aufregung, Zittern, Amenorrhöe und andere Beschwerden sehr rasch, die Tachykardie hörte auf die Kranken zu belästigen, die Kraft kehrte zurück. Auch in sehr schweren Fällen bewährte sich die Behandlung. Objektiv wahrnehmbare Basedow-Symptome blieben freilich immer zurück.

Auf der Klinik des Prof. Jonesco in Bukarest wurden, wie Dr. Balacescu mitteilt, durch die totale und bilaterale Resektion des Sympathicus cervicalis beim Morbus Basedowii ziemlich viele Dauerheilungen erreicht. Bei der

Digitized by Google

Operation ist nach Ansicht des Verfassers darauf zu sehen, dass ausser dem ganzen Halsgrenzstrang samt den drei Ganglien noch das oberste Brustganglion mit entfernt werde, weil sonst nicht alle Nervi accelerantes des Herzens zerstört werden können und daher auf ein vollständiges Aufhören der Tachykardie nicht zu rechnen wäre. Diese Art der Operation ist nach Ansicht des Verfassers die einzig rationelle, und gibt laut Zusammenstellung der operierten Fälle 58,9% Heilungen. Es verschwanden sowohl der Exophthalmus, als auch die Struma, der Tremor, die Hyperhidrosis, das Hitzegefühl, die nervöse Erregbarkeit und schliesslich auch die Tachykardie, und zwar manchmal ziemlich plötzlich. Der Puls blieb dauernd langsam und die Heilung hielt an. Ein weiterer Vorteil dieser Methode gegenüber den anderer Methoden der operativen Basedow-Behandlung ist das Fehlen jeder Mortalität. Da die Resektion der Basedow-Struma eine Mortalität von 16% aufweist, so ist nach Autor die Jonescosche Operation (totale und beiderseitige Resektion des Sympathicus) der ersteren Operation vorzuziehen.

Nach Dr. Tomaselli ist die Excision des Sympathicus nur in den Fällen hochgradiger und fortschreitender Art, in welchen jede andere Kur sich als vergeblich erwies, indiziert. Tomaselli plädiert für die ausgedehnte partielle Resektion des Sympathicus, welche das unterste Ganglion intakt lässt. Er beschreibt einen rapide fortschreitenden Fall, in welchem der Exophthalmus zu bedrohlichen Erscheinungen an beiden Augen durch Ulceration der Cornea geführt hatte und wo durch die Exstirpation des Sympathicus ein befriedigendes Ergebnis erzielt wurde.

Dr. Burghart und Dr. Blumenthal (Berlin) berichten, dass sie mit der von Lanz empfohlenen Milch schilddrüsenloser Ziegen bei Basedow-Kranken gute Erfolge erzielt haben, und dass sie ein Milchpulver haben herstellen lassen, durch das die Verwendung des Mittels erleichtert wird.

Auch Dr. Goebel (Bielefeld) hat in einem Falle von Basedowscher Krankheit eine auffallende Besserung erzielt, indem er die Milch einer Ziege zu trinken gab, die schon seit fünf Monaten ihrer Schilddrüse beraubt war. Neben der Ernährung mit der Milch der schilddrüsenlosen Ziege war auch der Sympathicus galvanisiert, Arsen gereicht und auch die Struma massiert worden.

Wie Dr. Möbius (Leipzig) mitteilt, wird von der Firma Merck in Darmstadt unter dem Namen Thyreoid-Serum ein Blutserum von Hammeln, denen man ca. sechs Wochen vor dem ersten Aderlass die Schilddrüse exstirpiert hat, in den Handel gebracht; es hat einen Zusatz von 0,5% Karbolsäure. Es wird in mit Korkstöpseln verschlossenen Gläsern à 10 ccm abgefüllt und ist bei entsprechender Aufbewahrung unbegrenzte Zeit haltbar. Möbius versuchte anfangs, das Serum subkutan zu injizieren; da diese Methode sich nicht bewährte, ging er alsbald zur innerlichen Darreichung über. Er verordnete, 5 g Thyreoidserum jeden zweiten Tag in einem Esslöffel voll Wein zu nehmen und konstatierte bald Verkleinerung des Kropfes; auch wurden in zwei Fällen die Schilddrüsen auffallend weicher. Es besserte sich das Allgemeinbefinden, die Pulszahl nahm ab, das Zittern hörte auf. Üble Nebenwirkungen wurden nach der Darreichung des Thyreoidserums nicht wahrgenommen.

Dr. Breuer (Wien) hat neuerdings wieder zweimal Thyreoidismus, bezw. Morbus Basedowii nach dem Gebrauche von Jodpräparaten beobachtet.

Über Morbus Basedowii von Dr. A. Kocher (Mitteil. a. d. Grenzgeb. 9. Bd. — Schm. Jahrb. 274. Bd. 4. H.). — Die Behandlung des Morbus Basedowii durch Jodoform-Äther-Injektionen von DDr. Abadie und Collon (Rev. neurol. Nr. 2. — Schm. Jahrb. 274. Bd. 4. H.). — Die totale und bilaterale Resektion des Sympathicus cervicalis beim Morbus Basedowii von Dr. Balacescu (Langenb. Arch. 67. Bd. 1. H. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 7. H.). — Beitrag zur Behandlung des Morbus Basedow mit Sympathektomie von Dr. Tomaselli (Gaz. d. osped. Nr. 42. — Münch. med. Wochenschrift Nr. 31). — Über eine spezifische Behandlung des Morbus Basedowii von DDr. Burghart und Blumenthal (Internat. Beitr. z. inn. Med. Nr. 2. — Schm. Jahrb. 275. Bd. 8. H.). — Zur Serumbehandlung der Basedowschen Krankheit von Dr. Goebel (Münch. med. Wochenschr. Nr. 29). — Thyreoid-Serum von Dr. Möbius (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 96). — Über Morbus Basedowii von Dr. Breuer (Schm. Jahrb. 275. Bd. 8. H.).

Digitized by Google

Morbus Mortoni. Eine zusammenfassende Darstellung der Mortonschen Krankheit gibt Dr. Grotheim (Wien). Diese Krankheit, auch Metatarsalgie genannt, ist hauptsächlich charakterisiert durch einen brennenden oder bohrenden Schmerz in der Gegend der vierten Zehe oder des zugehörigen Metatarso-Phalangealgelenkes, der aber in den ganzen Fuss, gegen die Wade, selbst gegen die Hüfte ausstrahlen kann, besteht meist in Anfällen, die teils monatelang auseinanderliegen, teils bis zu 20 und 30 im Tage sich häufen von minuten- bis stundenlanger Dauer. Der Anfall tritt meist plötzlich durch einen Fehltritt, Marschieren auf holperigem Pflaster, aber auch spontan in der Ruhe auf, mit dem gebieterischem Bedürfnis, sich des Schuhes zu entledigen. Die geringsten Grade der Erkrankung kommen auch beim Tragen neuer, enger Schuhe vor. Anfangs als reine Neuralgie von Morton aufgefasst, wurden durch andere Beobachter verschiedene anatomische Befunde im Bereiche der Erkrankungsstelle namhaft gemacht, als Veränderungen an den Sehnenscheiden entzündlicher Natur, Uratablagerungen in denselben, Gelenksschlaffheit, leichter Plattfuss, Varikositäten, besonders aber mehrfach auch radiographisch erwiesene Verdickungen der Metatarsalköpfchen der vierten und auch der sonstigen Zehen und Subluxationen in den Metatarso-Phalangealgelenken. In jedem Alter vorkommend, bevorzugt die Krankheit Leute von 20 bis 30 Jahren, die viel gehen und stehen müssen, und das weibliche Geschlecht. In prognostischer Beziehung muss man zwischen leichten und schweren Fällen unterscheiden; während jene sich auch spontan rückbilden, sind diese sehr hartnäckig, bis zu vieljähriger Dauer. Soweit sich Prophylaxe und Therapie nicht aus den ätiologischen Momenten ableiten, kommen für die letztere noch in Frage: Massage, kalte und laue Fussbäder, Berühren der kalten Diele mit dem nackten Fusse, Ruhe, Hochlagerung, Einreibung von Belladonnasalbe, Nervina (von geringer Wirkung), Morphium als äusserstes im Anfalle, sonst Elektrizität, Mechanotherapie, Injektionen von Jodtinktur, verdünnten Chlorzinklösungen und verdünntem Alkohol, und die Operation, bestehend in Resektion des oder der schmerzhaften Gelenke oder des Metatarsusköpfchens und -Halses mit Durchtrennung der entsprechenden Streck- resp. auch Beugesehnen.

Die Mortonsche Krankheit von Dr. Grotheim (Klin.-therap. Wochenschr. Nr. 4 u. 5. — Prag. med. Wochenschr. Nr. 48).

Morphinismus. Dr. Emmerich (Baden-Baden) erklärt sich die Abstinenzerscheinungen beim Morphinismus folgendermassen. Das dem Körper zugeführte Alkaloid gelangt durch Resorption in den Kreislauf. Es wird zum allergrössten Teile wieder auf der Magendarmmucosa ausgeschieden. Die abermalige Resorption und Ausscheidung bringt stets höher oxydierte, kompliziertere, de facto toxischere Stoffe in den Stoffwechsel (man denke nur an die Veränderung jener Produkte in Verbindung und Berührung mit den zahllosen toxischen Stoffen des Intestinaltraktus, nicht nur an die Veränderungen in Geweben und Blut), und diese Umwandlungsprodukte mit ihren enorm deletären Wirkungen auf Gewebe und Ausscheidungsorgane, die den komplizierten Kreislauf wer weiss wie oft durchgemacht haben, sind es, welche die sogenannten Abstinenzerscheinungen verursachen. Während man nun früher versuchte und hoffte, jene Umwandlungsprodukte im Stoffwechsel innerhalb der grossen drüsigen Organe und Muskeln treffen und quasi neutralisieren zu können, liegt jetzt die Forderung sehr einfach: wir haben die neuerliche Resorption des jeweils Ausgeschiedenen in Magen und Darm zu verhüten und zwar je nach Fortschreiten der Kur häufiger oder seltener. Dazu mussten nun die geeignetsten Medikamente erprobt und gefunden werden. Anfänglich arbeitete Autor mit tanninreichen, strychninhaltigen Präparaten bei gleichzeitiger Darreichung an organische Säuren gebundener Alkalien, die bereits vortreffliche Resultate ergaben. Seit über zwei Jahren benutzt er mit Vorliebe sehr konzentrierte Infuse und Digestionen nicht nur stark tanninhaltiger, sondern auch stark tonisierend, ja fast desinfizierend wirkender Droguen.

Digitized by Google

Unschätzbare Dienste leisten ihm dabei die Folia Matе und die Rinde desselben Baumes. Die Experimente in der Praxis haben die theoretischen Erwägungen vollauf bestätigt. Es ist leicht zu erzielen, nicht nur die auf der Magendarmschleimhaut ausgeschiedenen Morphium-Umwandlungsprodukte und toxischen Stoffe für neuerliche Resorption grösstenteils ungeeignet zu machen, aber es kann auch während der Kur dreist und sogar häufig, falls erforderlich, Morphium gegeben werden, ohne dass dadurch das schliessliche Resultat in Frage gestellt würde.

Bei schweren Morphomanen mit Nierenaffektionen und bereits bestehender Myocarditis kann, wie Dr. Verhoogen angibt eine sehr schnelle und ausgebreitete Dilatation des Herzens eintreten und durch dessen Insufficienz in sehr kurzer Zeit, selbst plötzlich den Tod zur Folge haben. Das einzige und verlässliche Zeichen dieser drohenden Gefahr ist das Aussehen der Pulskurve, und zwar jenes Phänomen, wobei die Pulsgipfel nicht mehr spitzig erscheinen, die descendierende Pulslinie prolongiert wird und keine Rückstosselevation zeigt. In schweren Fällen beobachtete Verhoogen, dass an der Stelle der spitzen Pulsgipfel Plateaus erscheinen oder, wie er sagt: Die Pulsgipfel sind dekapitiert. In diesen schweren Fällen kann man nicht durch Excitantien auf Herz einwirken und man muss sich direkt an das Gefässsystem wenden, um dessen Spannung aufzuheben, was seiner Ansicht nach nur durch eine ausgiebige Morphiumeinspritzung erreicht werden kann, da nur diese gegenüber den anderen vasodilatatorischen Mitteln eine prompte und nachhaltige Wirkung äussert. Die Wichtigkeit dieser Erscheinung in Betracht ziehend, empfiehlt er bei der raschen Entziehungskur öftere sphygmographische Aufnahmen, die er aber einigermassen modifiziert, indem er von der von Morphomanen angewöhnten Maximaldosis sehr rasch auf kleinere heruntergeht und schon nach vier oder fünf Tagen auf solch kleine Dosen kommt, die für den Patienten nunmehr irrelevant sind. Durch langsames Vermindern auch dieser kleinen Dosen kann nach 8—10 Tagen vom Beginne der Kur zur völligen Enthaltung übergegangen werden. Bei dieser Methode ist wohl der dritte und vierte Tag sehr lästig, aber nicht gefahrdrohend, wie bei der plötzlichen Abstinenz, und nach dem vierten Tage verläuft alles ganz leicht und ruhig.

Dr. Hofmann (Marbach) konnte sehr häufig bei den Abstinenzerscheinungen der zu entziehenden Morphinisten die Beobachtung machen, dass während der Abstinenz Herzdilatationen auftraten, die durch Kampferinjektionen wesentlich gemildert wurden. Deshalb rät Autor bei Entziehungskuren Kampfer innerlich 0,5 g zwei- bis dreimal täglich zu geben. Fügt man dann noch zu dieser Behandlung drei- bis viermal täglich zehn bis fünfzehn Tropfen Validol, eines ausgezeichneten Erfrischungsmittels, so kann man das Befinden eines Morphinisten bei der Entziehung ganz erträglich gestalten.

Unsere heutigen Wege und Waffen im Kampfe gegen den chronischen Morphinismus, seine Prophylaxe und kurze statistische Notizen von Dr. Emmerich (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 6). — Entziehungskuren bei Morphomanen von Dr. Verhoogen (Journ. méd. de Brux. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 9. H.). — Über die Anwendung des Kampfers bei Morphium-Entziehung von Dr. Hofmann (Ther. Monatsh. 7. H.).

Mundpflege. Um den Wert einiger in neuerer Zeit vielfach gepriesenen Mundwässer — Odol, Kosmin, Stomatol u. a. — zu prüfen, unternahm M. Loewe eine Reihe von Versuchen an Menschen. Dieselben ergaben zunächst, dass die im Sputum befindlichen, als normalerweise abgestossenen Epithelien ohne vorhergegangene Mundspülung ebenso zahlreich sind, wie nach der Reinigung mit den Mundwässern. Eine vollkommene Sterilisierung der Mundhöhle durch die gebräuchlichen Mundwässer herbeizuführen, wären wir nur dann im stande, wenn wir Mittel anwendeten, welche die Schleimhaut und mit ihr alle Mikroorganismen zerstören würden. Aber auch hier würde die Desinfektion nur vorübergehend sein, da durch die Atmungsluft, durch Speisen und Getränke alsbald wieder neue Keime eingeführt werden. In bezug auf die keimtötende

Digitized by Google

Wirkung ist das Kosmin wegen des Gehaltes an Formaldehyd den anderen Mundwässern überlegen. Loewe empfiehlt deshalb dieses Mittel für den täglichen Gebrauch bei gesunden Menschen. Eine schädliche Wirkung (Lippenekzem, Ätzwirkung u. dgl.) schliessen seine Versuche aus. Trotz der Beweiskraft seiner Untersuchungen vergisst aber Loewe nicht zu betonen, dass es stets Sache des Zahnarztes ist und bleiben muss, bei seinen Patienten zu individualisieren und gegebenen Falles ein eigens zu rezeptierendes Mundwasser zu ordinieren.

Moderne Mundwässer von M. Loewe (Zentralbl. f. Bakt. 30. Bd. 22. H.).

N.

Nagelentfernung. Der „eingewachsene Nagel" ist nach Dr. Gersunys (Wien) Ansicht ein Artefakt; beim Schneiden des Nagels der grossen Zehe wird einmal zu viel weggeschnitten, so dass die Ecken des Nagels im Nagelfalz liegen, statt über ihn hervorzuragen. Beim Wachsen des Nagels oder infolge von engen Schuhen drücken die Ecken in die Haut des Falzes, diese schwillt an und wird schmerzhaft. Rationell ist es, vorsichtig zwischen die Ecke des Nagels und die gedrückte Haut etwas Watte einzuschieben, um die Haut vom drückenden Nagelrand abzudrängen. Meist hört dann der Schmerz sogleich auf. Nur selten genügt diese Behandlungsmethode nicht; dann trägt man den Rand des Nagels vollständig ab (unter lokaler Anästhesie und Anämie) und ätzt den dadurch blossgelegten Teil des Nagelbettes mit Kali causticum. Es bildet sich ein fester Schorf, unter dem in schmerzloser Weise die Heilung erfolgt; der geätzte Teil des Nagelbettes wird durch Narbengewebe ersetzt, der Nagel ist dauernd verschmälert.

Die unblutige Entfernung des Nagels geschieht nach Dr. Baumgärtner (Baden-Baden) unter Atherspray mittelst eines vom Verfasser konstruierten, impflancettenförmigen Instrumentes, das den Nagel aus seiner Matrix und dem Nagelbette auslöst. Diese Methode ermöglicht die sofortige Regeneration des Nagels in wenigen Tagen. Die Auslösungsfläche gibt das Stratum mucosum in seiner obersten Schicht, die eben zur Hornschicht werden will, ab. Zunächst löst man von oben im Bereiche der Nagelwurzel die von der Haut des Nagelwalles auf den Nagel übertretende Hornschicht der Epidermis ab. Es lässt sich in kurzen Zügen der ganze Nagelwall seitlich und bis zur Tiefe der Nagelwurzel losschieben. Hierauf wird der Nagellöser unter dem freien Ende des Nagels angesetzt, trennt daselbst die von der Fingerspitze aus unter den Nagel herantretende Hornschicht der Epidermis beiderseits bis in den Nagelfalz hinein und löst nun von einer Nagelbreite zur andern, in der tiefsten Hornschicht des Nagels verbleibend, letztere immer weiter bis unter die Nagelwurzel losschabend, den ganzen Nagel aus seiner ernährenden Fläche aus. Bei richtiger Führung des Nagellösers blutet es an keiner Stelle. Beim Verbande wird zunächst ein kleines Guttapercha-Läppchen genau in der Grösse des Nagelbettes aufgelegt, dann Gaze, nach vier Tagen Abnahme des Verbandes und Ersatz durch etwas Watte. Das Instrument ist durch Fr. Jörger, Baden-Baden zu beziehen.

Alltägliches in der kleinen Chirurgie von Dr. Gersuny (Wien. med. Presse Nr. 1. — Deutsche Praxis Nr. 12). — Die chirurgische Entfernung des Nagels von Dr. Baumgärtner (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 9).

Narkose und Anästhesierung. Wie Dr. Koblanck (Berlin) ausführt, gibt es Zustände bei welchen eine allgemeine Narkose überhaupt unzulässig ist, ferner solche, welche die Anwendung von Chloroform, und endlich solche, welche die von Äther verbieten. Kein Zustand jedoch bringt grössere Gefahren für die Narkose des Status thymicus seu lympha-

Digitized by Google

ticus jugendlicher Personen, welcher durch Hyperplasie der Thymus, der Milz, der Lymphdrüsen und durch Fettreichtum charakterisiert ist. Die Chloroformnarkose kontraindizieren erhebliche Störungen des Zirkulationsapparates: ausgeprägte Herzmuskelerkrankungen, Pericarditis, inkompensierte Herzklappenfehler, insbesondere gelten als gefährlich Aorten- und Tricuspidalinsufficienz. Bei ausgeprägten Nieren- und Leberaffektionen ist die Giftwirkung des Chloroforms zu vermeiden. Als Kontraindikationen für Ätherinhalationen gelten mit Recht Krankheiten der Respirationsorgane. Die Frage, ob Chloroform oder Äther vorgezogen werden soll, ist nicht prinzipiell zu entscheiden. Auch der Zweck der Anwendung spielt hier eine Rolle. Zur Entspannung der Bauchdecken, zur Ausschaltung der Bauchatmung ist Chloroform bei weitem geeigneter als Äther, und ebenfalls ist Chloroform vorzuziehen, wenn die Wirkung des Narkotikums länger andauern soll, so z. B. bei Operationen im Gesicht, um die Maske öfter und länger entfernen und das Operationsfeld frei machen zu können. Bei Beckenhochlagerung erreicht die starke Reizung der Luftwege durch die Hyperämie des tiefgelegten Oberkörpers oft einen bedrohlichen Grad; die Anwendung von Äther erhöht diese Gefahr.

Prof. Panas (Paris) führt aus, dass er in seiner langen Laufbahn alle anästhetischen Mittel und Verfahren angewendet habe, den Äther am Anfang, sodann das Chloroform, das Lachgas, das Bromäthyl, das Methylenchlorid, Mischungen verschiedener Stoffe und vorhergehende Einspritzungen von Morphin und Atropin, dass er schliesslich aber doch zur einfachen Chloroformnarkose zurückgekommen und dabei geblieben sei. Da der Chloroformtod meist nach den ersten Atemzügen und nicht etwa erst nach längerer Inhalation eintritt, so ist nach Panas nicht die Toxizität des Chloroforms die Ursache der tödlichen Wirkung, sondern die individuelle Disposition für reflektorische Inhibition. Er glaubt somit, dass hauptsächlich nervöse Personen mit sich leicht auslösender, intensiver Reflextätigkeit durch das Chloroform gefährdet sind.

Bezüglich der Zulässigkeit der Chloroformnarkose bei Herzkranken kommt Prof. Huchard (Paris) zu dem Schlusse, dass die Chloroformanästhesie bei Herzkranken nicht gefährlicher ist als bei an andern lebenswichtigen Organen kranken Patienten, vorausgesetzt, dass der Herzfehler kompensiert ist und dass daneben keine Kachexie, Neigung zu Lungenödem oder Infektion besteht.

Prof. Berger erklärte, schon viele mit Klappenfehler behaftete Patienten ohne Unfälle chloroformiert zu haben.

Prof. Brouardel hat bei 25 Autopsien von in der Chloroformnarkose gestorbenen Individuen nur einmal eine fettige Degeneration des Herzens nachweisen können, dreimal war Fettauflagerung aufs Herz zu konstatieren gewesen, bei den übrigen Fällen hatte er am Herzen nichts Krankhaftes aufzufinden vermocht.

Prof. Witzel (Bonn) redet der Äthernarkose das Wort, da diese keinen Herzkollaps herbeiführt. Eine Reizung der Luftwege durch den Äther an sich braucht nach Witzel nicht einzutreten, wenn folgende drei Punkte berücksichtigt werden: 1. Desinfektion des Mundes und der Luftwege vor der Narkose; 2. Lagerung des Kranken während der Betäubung mit tiefliegendem Kopfe, stark hintenüber gebeugtem Nacken. Die forcierte Reklination des Kopfes lässt ein Einfliessen von oben her nicht zu und weist dem in den Luftwegen sich etwa bildenden Sekret den Weg zum Munde hinaus; 3. die Ventilation der Luftwege durch systematische Atembewegung nach der Operation.

Dr. Sudeck (Hamburg) hält das Operieren im Ätherrausch überall da indiziert, wo es bei einer Operation nicht auf absolut ruhige Lage und völlige Muskelerschlaffung ankommt, sie ist die ungefährlichste, da keine Synkope zu befürchten und ungünstige Einwirkung auf die Atmungsorgane nicht beobachtet ist, bei etwaigem Fehlschlagen kann man ohne weiteres die gewöhnliche Narkose einleiten.

Teweles hat im Rudolfinerhaus die Methode ausgedehnt angewandt; er gibt

Digitized by Google

anfänglich nur 20—30 ccm Äther und gibt je nach Bedarf weitere Dosen von 10 ccm, zu welchem Zweck er sich Ätherfläschchen mit 10 ccm bereit hält.

Prof. Küttner (Tübingen) weist darauf hin, dass das Operieren im Ätherrausch nach Sudeck von grösster Bedeutung für den praktischen Arzt ist, da es das einzige Narkotisierungsverfahren ist, welches dem Arzte ermöglicht, ohne Gefahr für den Patienten in einer Person zu narkotisieren und zu operieren. Die Technik des „Ätherrausches" ist folgende: Handelt es sich um ganz kurz dauernde Eingriffe, welche für lokale Anästhesie ungeeignet sind, z. B. um Auskratzungen, grössere Incisionen bei eitrigen Prozessen, Reposition von Frakturen etc., so benutzt man die Anästhesie, welche schon nach einer kurz dauernden Einatmung von Äther einzutreten pflegt. Die Vorbereitungen zur Narkose sind dabei die üblichen; die Tieflagerung des Kopfes, auf welche man bei der vollen Äthernarkose so grosses Gewicht legt, ist zwar empfehlenswert, aber nicht unbedingt notwendig. Da es sich um eine rasch vorübergehende Betäubung handelt, muss alles zur Operation bereit sein, damit sofort bei Eintritt der Schmerzlosigkeit mit dem Eingriff begonnen werden kann. Der Narkotiseur ermahnt den Patienten, seine ganze Aufmerksamkeit der Narkose zuzuwenden und recht tief zu atmen, nicht zu zählen; inzwischen hat er 20—30, bei Kindern etwa 10 ccm Äther in die Maske gegossen. Nun wird diese dem tiefatmenden Patienten genähert; wenn er sich an den Geruch des Äthers gewöhnt hat, was in Bälde der Fall zu sein pflegt, wird die Maske fest auf das Gesicht gepresst und der Patient zu tiefem Weiteratmen aufgefordert. Die psychische Beeinflussung des Kranken durch den Narkotiseur ist entschieden von Bedeutung. Wird über ein unangenehmes Oppressionsgefühl geklagt, so darf man die Maske ruhig ein wenig lüften und den Kranken ein oder zwei Atemzüge in freier Luft tun lassen. Nur bei ängstlichen Kindern, die der Ermahnung unzugänglich sind, ist man zu einer Art von Erstickungsnarkose genötigt. Nach 10—15 tiefen Atemzügen unter der Maske, also in wenigen Minuten, tritt nun ein Zustand ein, welcher viel Ähnlichkeit mit einer akuten Alkoholintoxikation hat und deswegen mit Recht als Ätherrausch bezeichnet wird. In diesem Stadium kann man mit dem Operieren beginnen. Ein Teil der Patienten liegt während des Eingriffes ruhig da, träumend, wie hypnotisiert, andere sind lebhaft, reden vor sich hin, andere wehklagen. Furibunde Delirien, welche durch weiteres Narkotisieren überwunden werden müssen, treten nur ausnahmsweise auf. Nähert sich die kurz dauernde Operation ihrem Ende, so nimmt man die Maske ab, worauf der Patient nach einigen Atemzügen zu erwachen und etwas später auch das Orientierungsvermögen wieder zu erlangen pflegt. In der eben beschriebenen Art kann man, wenn es nötig ist, auch mehrfach hintereinander in kürzeren oder längeren Pausen narkotisieren. Für länger dauernde Eingriffe empfiehlt sich die Kombination des Äther- und Morphiumrausches. Eine halbe Stunde vor der Anwendung des Äthers macht man eine Morphiuminjektion von 1—1,5 cm. Die unter Morphiumwirkung stehenden Kranken lassen sich dann sehr leicht durch den Ätherrausch betäuben und sind oft für die Dauer von 20—30 Minuten empfindungslos, ohne dass sie in stärkere Excitation geraten.

Nach Prof. Riedel (Jena) sollte das gefahrlose „Anchloroformieren" in der kleinen chirurgischen Praxis, so bei Zahnextraktionen, Furunkelincisionen, Abscesseröffnungen, Entfernung von Tampons aus frisch angelegten Wunden, insbesondere aber auch bei der Reposition von Frakturen, häufiger geübt werden. Es genügen 80—100 Tropfen, in zwei Minuten verabreicht, um jede Schmerzempfindung zu beseitigen, wenn der Kranke auch noch alles bemerkt, was mit ihm vorgenommen wird. Lässt man in alter Weise während der Narkose zählen und operiert, wenn Patient anfängt, unregelmässig zu zählen, so ist das gewünschte Stadium der Analgesie längst erreicht: die minimalste Abweichung vom richtigen Zählen gibt den Zeitpunkt an, in welchem man eingreifen kann. Das Verfahren passt natürlich nur für chirurgische Massnahmen, die rasch vollendet werden

Digitized by Google

können, da die Analgesie nur ganz kurze Zeit anhält. Von grosser praktischer Bedeutung ist die Anwendung des Verfahrens bei der Anlegung des ersten Verbandes an gebrochenen Gliedern, insbesondere bei der Radius- und Knöchelfraktur.

Dr. Dona hatte Gelegenheit zu beobachten, dass empfindsame neuropathische Patienten oft in einen tiefen Schlaf verfielen, nachdem ihnen kaum einige Tropfen des Narkotikum zur Inhalation verabreicht waren. Dieser Schlaf hat alle Charaktere des hypnotischen. Dona konnte während desselben nicht nur verschiedene Operationen (Drüsenexstirpation, Fistel-operation, Laparotomie, Trepanation des Processus mastoideus u. a.) ganz schmerzlos ausführen, sondern auch den Kranken auf verschiedene Weise posthypnotische Suggestionen beibringen. In anderen Fällen wurde die Hypnose durch Fascination bewirkt und es konnte während ihrer ebenfalls Gefühllosigkeit erzielt werden.

Über gynäkologische Operationen ohne Chloroformnarkose schreibt Prof. Veit (Leiden). Nach den Erfahrungen Autors sind besonders vaginale Operationen oft ohne Narkose auszuführen. Er hat nicht nur die Auskratzung und den vaginalen Teil der Vorfalloperationen, sondern sogar die vaginale Uterusexstirpation ohne Narkose vorgenommen. Empfindlich ist nur der Scheideeingang, nicht die Scheide selbst. Zerrung der Portio vaginalis ist sehr schmerzhaft, weil dabei das Bauchfell, bezw. die hinteren Bänder gezerrt werden. Der Tonus der letzteren geht durch langsame Dehnung in Erschlaffung über, während auf brüske Zerrung Zusammenziehung erfolgt. Durch das langsame Nachgeben der Bänder folgt die Gebärmutter einem allmählichen Zuge schmerzlos sehr weit nach unten. Schmerzhaft ist auch der Zug am Grunde der breiten Mutterbänder. Bei der Uterusexstirpation ohne Narkose müssen daher diese sowohl, wie die hinteren Bänder nach Zurückschieben der Blase und Eröffnung des Douglasschen Raumes bei geringfügigem Zuge abgebunden werden, bevor die Gebärmutter ganz oder gespalten entwickelt wird. Für die vulvare Operationen steht die Schleich sche Infiltration oben an, besonders auch zur Beendigung der vaginal ohne Narkose begonnenen Vorfalloperationen bei älteren Frauen. Was die Laparotomien ohne Narkose anlangt, so ist zu bemerken, dass das Peritoneum parietale empfindlich ist, es ist deshalb am besten unter Schleichscher Anästhesie die Bauchwunde nicht zu klein zu machen. Ovariotomie ohne Narkose bietet keine erheblichen Schwierigkeiten. Nur der Zug des Stieles an der Gebärmutter ist schmerzhaft. Die abdominale Uterusexstirpation wegen Myom oder Krebs ist ohne Narkose zu schmerzhaft. Von Vorteil kann es sein, bei geschwächten Personen nur kurze Zeit Chloroform zu geben. Den Kaiserschnitt hat Veit fünfmal ohne Narkose überraschend leicht gemacht (ohne Vorwälzung der Gebärmutter), ebenso hat er einmal mit Erfolg bei Gebärmutterzerreissung die Bauchhöhle geöffnet und die Arteria uterina unterbunden. Bei der Alexander-Adamsschen Operation mit Schleichscher Anästhesie erregen nur Quetschungen des Nervus spermaticus externus oder ileoinguinalis Schmerzen. Die medullare Narkose Biers hat Autor noch nicht probiert. Er erklärt es entschieden für zeitgemäss, dass man sich auf die oben angegebenen Operationen ohne Narkose in geeigneten Fällen einübt.

Über Wirkungen und Nachwirkungen des Bromäthylens und Bromäthyls stellte Dr. Scherbatscheff (Moskau) Versuche an. Während das Bromäthyl schon in kleineren Mengen eine Narkose mit geringen oder fehlenden unangenehmen Nachwirkungen herbeiführt, tritt selbst nach Einatmung grösserer Mengen Bromäthylen beim Menschen keine Narkose ein, einige Stunden später aber Unwohlsein, Erbrechen, beschleunigte Atmung und oft Tod durch Herzlähmung. Tierversuche bestätigten diese Unterschiede in den Wirkungen beider Substanzen. Nach Bromäthylennarkose wurde unter anderen Erscheinungen starke Reizung der Atmungswege und der Lunge, sowie eine Trübung der Cornea, beides erst einige Stunden später auftretend, beobachtet. Diese eigenartigen Nachwirkungen fehlen dem auch in anderer Beziehung weniger giftigen Bromäthyl.

Über Somnoform berichtet Dr. Pitsch.

Digitized by Google

Dasselbe besteht aus fünf Teilen Bromäthyl, 60 Teilen Chloräthyl und 35 Teilen Chlormethyl. Zur Narkose wird es in Fläschchen gefüllt, welche 50 cm^3 fassen und mit automatischem Verschluss versehen sind. Als Maske dient ein Taschentuch, welches dütenförmig eingerollt und mit einer Sicherheitsnadel zusammengesteckt wird. In die Düte gibt man einen kleinen Wattetampon. 5 cm^3 Somnoform genügen zur Anästhesierung, welche in 30—50 Sekunden eintritt. Die Narkotisierten zeigen keine Excitation oder Cyanose und erwachen unmittelbar nach der Operation. Gegenüber dem Bromäthyl hat Somnoform grosse Vorzüge, da ersteres Patienten oder Operateure durch den penetranten Geruch des freiwerdenden Broms belästigt und häufig Aufregungszustände hervorruft.

Dr. Desfosses und Dr. Dumont geben eine genaue Beschreibung der in Frankreich üblichen Technik der Rachikokainisation. Dieselbe hält sich im allgemeinen an die von Tuffier angegebenen Vorschriften. Die Stelle, an der der Einstich gemacht wird, liegt zwischen dem vierten und fünften Lumbalwirbel und lässt sich mit grosser Sicherheit bestimmen. Die Linie nämlich, welche den höchsten Punkt beider Cristae iliacae verbindet, schneidet genau den Dornfortsatz des vierten Lumbalwirbels. Diesen Dornfortsatz verfolgt man mit dem Zeigefinger der linken Hand bis zu seinem unteren Winkel und sticht dann die Nadel genau horizontal und ein wenig nach innen, dicht am radialen Rande des am untersten Punkte des genannten Dornfortsatzes ruhenden Fingers, ein. Man kann zur Injektion jede beliebige desinfizierbare Pravazsche Spritze wählen. Die Verfasser bedienen sich der Luerschen Spritze, deren Körper und Stempel aus Glas ist. Die Nadel muss freilich gewisse besondere Eigenschaften haben, welche sich am besten bei dem Tuffierschen Modell finden. Dasselbe ist eine Platin-Iridiumnadel, die eine Länge von 8 cm, eine Dicke von 1 mm hat und deren Lichtung einen Durchmesser von $^6/_{10}$ mm besitzt. Ihr Schnabel ist kurz und doch sehr scharf. Am besten desinfiziert war die Spritze vor dem Gebrauch durch Kochen in Wasser. Nach gehöriger Desinfektion der Injektionsstelle (Abbürsten mit Seife, Waschen mit Alkohol und sterilem Wasser) setzt sich der Patient auf den Rand des Tisches mit nach vorn gebogenem Rücken, etwas gespreizten Schenkeln und nach vorn gehaltenen Armen. Kann der Kranke nicht sitzen, so wird die Punktion in der Seitenlage gemacht: Lagerung auf der rechten oder linken Seite dicht am Bettrande mit stark gebeugten Ober- und Unterschenkeln. Es wird nun mit der Nadel an dem oben bestimmten Punkte die Haut und die Muskellage durchstochen. Man fühlt den Widerstand des Ligamentum flavum, überwindet ihn und die Nadel ist im Arachnoidealsack. Sofort rinnt auch — tropfenweise oder in Absätzen — der klare gelbliche Liquor cerebrospinalis heraus. Erst jetzt, d. h. nachdem durch das Hervorkommen der Flüssigkeit der Beweis geliefert, dass die Nadel sich im Arachnoidelsack befindet, darf das Kokaïn injiziert werden.

Aus der chirurgischen Klinik des Prof. Mikulicz in Breslau berichtet Dr. Stumme über die Erfahrungen derselben über die Kokainisierung des Rückenmarks, im Anschluss an 62 solche Narkosen, 55 mit Kokain, sieben mit Tropakokain, von denen bei den ersten nach Tuffier sterilisiert, bei den meisten eine 2%ige nach besonderem Verfahren sterilisierte Kokainlösung injiziert wurde (24 mal mit positivem Erfolg, sechsmal mit unvollkommenem, sechsmal mit negativem); in der Regel wurde in sitzender Stellung in der Höhe der Darmbeinschaufeln, etwas seitlich von der Mittellinie eingestochen und nach Abfluss von ca. 1 ccm, Spinalflüssigkeit die Lösung injiziert und zwar in kleinen Absätzen. Die Analgesie trat (wenn überhaupt) meist nach 10—15 Minuten, bei einigen erst nach $^1/_2$ Stunde ein. Sie war vierzigmal eine vollkommene, neunmal unvollkommene und reichte in der Regel bis zur Nabelhöhe, selten bis zur Mammillarhöhe, zwölfmal trat sie nicht ein. Als unangenehme Nebenwirkungen werden Übelkeit und Brechreiz, Erbrechen, Schweissausbruch, Beklemmung, Tremor, Kopfschmerz bezeichnet, als Nachwirkungen: Übelkeit, Kopfschmerz, Rückenschmerzen, Gürtelgefühl, Schlaf-

Digitized by Google

losigkeit. Diese sind auch die Ursache, warum man in der Mikuliczschen Klinik von der Kokainisierung des Rückenmarkes Abstand genommen hat, besonders seit fast ausschliesslich Äther zur Narkose verwendet wird.

Dr. Schwarz (Agram) verfügt über 100 Fälle von Rachitropakokainisation. Für Operationen am Anus, unteren Abschnitten des Rektum, Füssen, Unterschenkeln benutzte er 5 cg, für die höheren Abschnitte der Oberschenkel und höhere Partien überhaupt 6 cg als Maximaldose; bei jüngeren Individuen hat er auch 4 cg mit vollem Erfolge verwendet. In der Technik der Injektionen hielt er sich an die Tuffierschen Vorschriften. Er führte die Injektion an dem Sitzenden, stark vornüber Gebeugten, in der Regel zwischen dem vierten und fünften Lendenwirbel, mit einer 9 cm langen, dünnen Hohlnadel aus. Auch das Tropakokain ist allerdings kein harmloses Mittel, wie Verfasser sich besonders bei Überschreitung der Normaldose überzeugen konnte. In der von ihm empfohlenen Dosierung jedoch bewirkt die Rachitropakokainisation eine bis zur Nabelhöhe reichende vollständige Analgesie, die es erlaubt, die grössten Operationen an der unteren Körperhälfte schmerzlos vorzunehmen, ohne dass die Patienten weiterhin an unangenehmen Folgeerscheinungen zu leiden hätten. Dies ist die Regel. In der Minderzahl der Fälle treten allerdings gewisse Nacherscheinungen auf, dieselben sind jedoch milder Art und keineswegs beunruhigend.

Dr. Neugebauer (Mährisch-Ostrau) benutzte in 60 Fällen das Tropakokain zur Rückenmarksanalgesie und kommt zu dem Schlusse, dass frisch gekochte Tropakokainlösung, in einer Gabe von 0,05—0,06 dem Erwachsenen in den Duralsack injiziert, ein sicheres und ungefährliches Analgesierungsmittel für die Beine, das Perineum und dessen nächste Umgebung ist. Die Wirkung auf alle höher gelegenen Teile ist höchst unsicher oder wenigstens nicht von Dauer. Für Laparotomie ist das Verfahren heute entschieden noch nicht reif.

Dr. Guinard (Paris) kommt auf Grund seiner Erfahrungen zu dem Schluss, dass das bisher zur Herstellung der Kokainlösungen benutzte Wasser die Hauptursache der bei der Rachikokainisation beobachteten unangenehmen Nebenwirkungen ist. Bei den von ihm ausgeführten 70 Lumbalanästhesien, bei denen statt des Wassers als Lösungsmittel der Liquor cerebrospinalis diente, fehlten alle diejenigen Störungen, die sonst nach der Rachikokainisation fast konstant beobachtet werden. Guinard geht bei seiner Methode folgendermassen vor: Er fängt 60—80 Tropfen des bei der Punktion herausfliessenden Liquor in einem sterilisierten Glase auf und lässt dabei, also während des Herausfliessens, vermittelst eines Tropfenzählers 6—7 Tropfen einer konzentrierten Kokainlösung, von der je zwei Tropfen 1 cg Kokain enthalten, in das Auffangeglas hineinfallen, aspiriert dann aus diesem die gewünschte Menge mit der Spritze und spritzt sie sofort durch die Nadel ganz langsam in den Arachnoidealsack.

Prof. Tuffier (Paris) empfiehlt ein anscheinend noch einfacheres Vorgehen: Nach ihm soll man die nötige Anzahl Tropfen der Kokainlösung in die Spritze träufeln, dieselbe dann mit der bereits im Arachnoidealsack steckenden Kanüle verbinden, nun den Liquor direkt aspirieren und den Inhalt der Spritze sofort wieder in den Subarachnoidealraum entleeren.

Dr. Kozlowski hat in 32 Fällen von Lumbalanästhesie alle unangenehmen Nebenerscheinungen dadurch vermieden, dass er Tropakokain, zur Lösung desselben aber Cerebrospinalflüssigkeit benützte.

Mit der zuerst von Schneiderlin angegebenen Morphin-Skopolamin-Narkose lassen sich nach Dr. Korff (Freiburg i. B.) nicht nur die Gefahren der Chloroformnarkose umgehen, sondern auch die lästigen und oft sehr störenden Nachwirkungen vermeiden, die der Chloroformnarkose sehr häufig folgen. Das Verfahren, das sich auch bei grösseren chirurgischen Eingriffen als brauchbar erwiesen hat, besteht in der gleichzeitigen Injektion von Morphium und Skopolamin, unter lokaler Verwendung des Äthersprays während der Operation. Was die Anwendungsweise und Dosierung betrifft, so hat

Digitized by Google

sich folgendes Vorgehen als das zweckmässigste erwiesen: Vier Stunden vor der Operation wird, nachdem eine halbe Stunde vorher ein flüssiges Frühstück verabreicht wurde, eine erste Einspritzung von 0,01 Morphium und 0,0012 Scopolaminum hydrobromicum Merck gemacht; nach zwei Stunden folgt eine zweite, eine halbe Stunde vor dem Eingriffe eine dritte Injektion von gleicher Stärke. Bei manchen Operationen, wie Herniotomie etc., kann man sich auf die beiden letzten Injektionen beschränken. Sollte diese Art der Narkose einmal nicht zum Ziele führen, so steht nichts im Wege, nachträglich zum Chloroform zu greifen, das sich dann in ganz geringen Dosen schon als ausreichend erweist. Ungünstige Nebenwirkungen sind bei der Morphin-Skopolamin-Narkose nicht zu befürchten. Ein erheblicher Vorzug ist es auch, dass der sonst lediglich durch die Narkose in Anspruch genommene Assistent für die Operation selbst zur Verfügung steht.

Dr. Blos hat die Skopolaminnarkose in 105 Fällen nachgeprüft. Es zeigte sich bei den Versuchen, dass periodenweise die Narkose misslang, was seinen Grund in der leichten Zersetzlichkeit des Skopolamins hat. Die Gefahr der Narkose beruht im Atmungsstillstand und wurzelt im Morphium; bei guter Narkose sind die Pupillen stets erweitert. Blos empfiehlt die Dosis von 4—5 mg Skopolamin zu 2 cg Morphium und sieht eine gewisse Sicherheit in der vorhergehenden Anwendung einer Probedosis. $2^1/_2$ mg Skopolamin auf $1^1/_2$—2 cg Morphium — ein Vorteil, den diese Narkose vor allen anderen Narkosen voraus hat. Auch die Eventualität einer intravenösen Injektion kommt in Frage. Skopolamin soll nicht in Glas aufbewahrt werden, da es sich darin wie das Kokain zersetzt, sondern in Substanz in charta cerata. Im allgemeinen will Blos aus seinen Versuchen wegen der relativ geringen Zahl noch keine Schlüsse ziehen.

Über die Anwendung von Skopolamin-Morphium-Injektionen in der Geburtshilfe berichtet Dr. v. Steinbüchel (Graz). Man injiziert zunächst eine Pravazspritze voll einer Lösung von Scopolaminum hydrobromicum (Merck) 0,0008 und Morphium muriaticum 0,01. Mit der Verabfolgung einer zweiten Dosis soll man mindestens zwei Stunden warten. Bei dieser vorsichtigen Anwendung der Injektionen hat man üble Zufälle nicht zu fürchten; andererseits kann man in manchen Fällen schwer leidenden Gebärenden Hilfe bringen, ohne dass man durch falsch angewandtes Mitleid zu einem vorzeitigen operativen Beendigen der Geburt gedrängt wird, bevor noch die notwendigen Bedingungen dazu erfüllt sind. Man erreicht durch die Injektionen eine relative Euphorie, welche die Frauen hoch zu schätzen wissen. Selbstverständlich nutzt man in geeigneten Fällen die Herabsetzung der Schmerzempfindung auch dazu aus, um geburtshilflich-operative Eingriffe auszuführen, wenn es eben möglich war, den Zeitpunkt des Eingriffes zu wählen. Die Wirkung der Injektion tritt nach etwa $^1/_2$ Stunde ein und erreicht durchschnittlich nach 1—$1^1/_2$ Stunden ihren Höhepunkt.

Dr. Darier (Paris) bedient sich des Akoins statt des Kokains in seiner augenärztlichen Praxis. Ersteres soll keine unangenehme Nebenerscheinungen hervorrufen. Aber das Akoin kann das Kokain nicht in allen seinen Anwendungen erzetzen, besonders nicht in der Anästhesierung der gesunden Conjunctiva. Wenn aber die obere Epithelschicht zerstört ist, sei es durch traumatische Verletzung oder Verbrennung, dann übt das Akoin eine zehnmal längere und viel intensivere Anästhesie aus, als das Kokain, ohne die geringsten toxischen Erscheinungen hervorzurufen, selbst dann nicht, wenn es in hoher Dosis (0,5 zu 10 Lanolin) angewendet wird. Bei den am Augapfel und den Lidern ausgeführten Operationen haben Injektionen mit einer 1% Akoinlösung eine viel länger anhaltende Anästhesie gegeben, wie die Kokaininjektionen; aber da die Akoin-Wirkung manchmal etwas langsamer eintritt, bedient Verfasser sich im allgemeinen einer Kokain- und Akoin-Mischung von je 1:100, mit der vortreffliche Resultate erzielt wurden; mit dieser Mischung entwickelt sich die Anästhesie schnell und hält lange an, was bei einigermassen mühsamen Operationen recht wichtig ist. Die grössten Dienste zu leisten ist das Akoin berufen bei sehr

Digitized by Google

schmerzhaften subkonjunktivalen oder subkutanen Injektionen, die man dadurch stets schmerzlos machen kann, dass man entweder vor oder mit der Injektion eine genügende Menge einer 1% Akoin-Lösung injiziert.

Die Arsonvalschen Ströme von hoher Frequenz, appliziert an die Zähne, gestatten nach Dr. Regnier eine schmerzlose Extraktion derselben, Die Anästhesie ist nicht vollkommen, wenn die Stromintensität zu gering ist und wenn der Kontakt der Elektrode und des Zahnes ungenügend ist. Bei einwurzeligen Zähnen ist durch drei bis fünf Minuten ein 150 bis 200 Milliampère-Strom, bei mehrwurzeligen Zähnen durch längere Zeit ein 200–250 Milliampère Strom zu verwenden. Periostitis widersteht der Analgesie. Der Strom wirkt nur lokal. Patient assistiert im wachen Zustande der Operation, hat aber keine Schmerzen dabei. Das Verfahren ist ungefährlich.

Bei Operationen im Gesicht und besonders in der Mundhöhle empfiehlt Dr. Schlechtendahl die Narkose mittelst Kehlkopfkanüle vorzunehmen, wozu er ein eigenes Instrumentarium herstellen liess. Dasselbe besteht aus einem Satz Metalltuben für den Kehlkopf, wie sie zur Intubation benutzt werden. Auf einen Fortsatz, welcher an der Seite Erhöhungen zeigt, lässt sich ein Schlauch fest aufschrauben, dessen Lumen durch eine Drahtspirale offen erhalten wird. Als Intubator dient ein zangenförmiges Instrument, dessen Zangenblätter genau auf die Erhöhungen des Tubenfortsatzes passen. Die Einführung des Instrumentes geschieht folgendermassen: Dem mittelst Maske tief chloroformierten Patienten wird durch den Mundsperrer der Mund weit geöffnet und nun unter Leitung des Zeigefingers, welcher bis zu den Aryknorpeln vorgeschoben wird, das Instrument eingeführt. Nach Öffnung und Herausnahme der Zange wird der Tubus mit dem Zeigefinger noch so weit vorgeschoben, dass seine obere Verdickung auf den Stimmbändern ruht. Ein Durchbeissen des Schlauches verhütet ein zwischen die Zahnreihen gelegter Gummikeil, durch dessen Durchbohrung der Schlauch hindurchgeführt wird. Die Entfernung des Tubus aus dem Kehlkopf lässt sich leicht durch Zug an Seidenfäden bewirken, welche an den Seitenflächen befestigt sind.

Die Chloroform- und Äthernarkose in der Praxis von Dr. Koblanck. Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann, 1902. — Prof. Panas, Prof. Huchard, Prof. Berger und Prof. Brouardel über die Chloroformnarkose in der Académie de médecine zu Paris (Deutsche Praxis Nr. 14). — Wie sollen wir narkotisieren? Von Prof. Witzel (Münch. med. Wochenschr. Nr. 48). — Weitere Erfahrungen über das Operieren im Ätherrrausch von Dr. Sudeck (Zentralbl. f. Chir. Nr. 13). — Das Operieren im Ätherrausch von Prof. Küttner (Beitrag z. klin. Chir. 9. H. — Medico Nr. 43). — Die minimale Narkose bei kleinen chirurgischen Eingriffen, speziell bei der Reposition von Radius- und Knochelbrüchen von Prof. Riedel (Berl. klin. Wochenschr. — Medico Nr. 29). — Chirurgische Eingriffe unter hypnotischer Anästhesie von Dr. Dona (Spitalul. Nr. 7. — Schm. Jahrb. 275. Bd. 7. H.). — Über gynäkologische Operationen ohne Chloroformnarkose von Prof. Veit (Samml. zwangl. Abh. — Schm. Jahrb. 274. Bd. 5. H.). — Über Wirkungen und Nachwirkungen des Bromäthylens und Bromäthyls von Dr. Scherbatscheff (Arch. f. exp. Path u. Pharm. 47. Bd. 1. H. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 9). — Somnoform von Dr. Pitsch (Rev. d. Stomat. Nr. 2. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 7. H.). — Technik der Rachikokainisation von DDr. Desfosses und Dumont (Presse méd. Nr. 90. — Ther. Monatsh. 9. H.). — Über die Kokainisierung des Rückenmarks von Dr. Stumme (Beitr. zur klin. Chir. 35. Bd. 2. H. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 43). — Erfahrungen über 100 medullare Tropakokain-Analgesien v. Dr. Schwarz (Münch. med. Wochenschr. Nr. 4. — Ther. Monatsh. 8. H.). — Über Rückenmarksanalgesie mit Tropakokain von Dr. Neugebauer (Wien. klin. Wochenschr. — Schm. Jahrb. 275. Bd. 7. H.). — Über Rachikokainisation von Dr. Guinard (Presse méd. — Ther. Monatsh 9. H.). — Über ein neues Verfahren bei der Lumbalanästhesie von Dr. Kozlowski (Zentralbl. f. Chir. Nr. 45). — Morphin-Skopolamin-Narkose von Dr. Korff (Münch. med. Wochenschr. — Medico Nr. 50). — Über die Schneiderlinsche Skopolaminnarkose von Dr. Blos (Beitr. z. klin. Chir. 35. Bd. 3. H.). — Vorläufige Mitteilung über die Anwendung von Skopolamin-Morphium-Injektionen in der Geburtshilfe von Dr. v. Steinbüchel (Zentralbl. f. Gynäk. - Medico Nr. 50). — Das neue, fast ungiftige Lokalanästhetikum Akoin von Dr. Darier (Rev. de Thérap 2. H. — Medico Nr. 13). — Lokalanästhesie der Zähne mittelst Elektrizität von Dr Regnier (Bull et méd Nr. 13. — Med. Blätter Nr 14). — Chloroformnarkose ohne Maske mittelst Kehlkopfkanüle von Dr. Schlechtendahl (Münch. med. Wochenschr. Nr. 6. — Ther. Monatsh. 5. H.).

Neoplasmen. Auf dem Kongresse für innere Medizin in Wiesbaden sprach Prof. v. Leyden (Berlin) über den Parasitismus des Krebses. Vortragender

Digitized by Google

berichtete ausführlich über die Beobachtungen von Woronin und Labaschin über die sogenannte Kohlhernie. Die Ähnlichkeit der dabei gebildeten Tumoren mit dem menschlichen Carcinom ist von den Botanikern schon vor 20 Jahren erkannt worden. Dort ist die intracelluläre Amöbe als Ursache mit Sicherheit ermittelt, auch ihre Entwickelung genau festgestellt. Vortragender erörtert nun noch eine andere Reihe von Gründen, welche für die parasitäre Natur des Krebses sprechen: Es muss der dauernde Reiz eines Lebewesens angenommen werden, um das ständige Wachstum und die Vermehrung der Krebszellen verständlich zu machen. Das klinische Krankheitsbild der Carcinome ähnelt oft dem der Infektionskrankheiten, ferner auch der gesteigerte Eiweissumsatz, das vermehrte Auftreten von Indikan und zuweilen der Diazoreaktion im Harn, schliesslich auch die schwere Anämie und die Kachexie. Durch Tierversuche (Hanau u. a.) ist die Übertragungsfähigkeit der Krebse von einem Tier auf ein anderes derselben Gattung erwiesen, auch Vortragender selbst hat neuerdings Peniscarcinome bei Hunden mit Erfolg verimpft, einmal sogar Metastasen erhalten. Für den Menschen ist die Ansteckungsfähigkeit wahrscheinlich, aber nicht erwiesen. Dem Vortragenden ist ein Fall mitgeteilt worden, in dem ein junger Arzt an Magencarcinom erkrankte, einige Zeit nachdem er versehentlich ausgepressten Carcinomsaft getrunken hatte. v. Leyden gibt nun eine genaue morphologische Beschreibung der von ihm beobachteten parasitären Zelleinschlüsse, die er als die Erreger des Carcinoms erklärt. Die Körperchen ähneln Vogelaugen. Man muss frische Präparate untersuchen! Die unfruchtbare Skepsis der Anatomen muss diesen Tatsachen gegenüber weichen, die jeder sehen kann, der sehen will. Neuerdings hat v. Leyden in seinen Forschungen nun noch einen wesentlichen Fortschritt erreicht durch den Nachweis von Sporangien (Sporulationsformen) der Parasiten, die in kleinen Haufen dicht beieinander in einer Kapsel liegen, welche von der Zellmembran gebildet wird. Diese Körperchen können mit Zelldegenerationen oder dergl. nicht verwechselt werden. Sie können kaum anders gedeutet werden denn als Keime lebender Wesen. Diese Keimformen sind auch bei der Kohlhernie beobachtet worden.

Die Resultate der Jahre hindurch fortgesetzten Untersuchungen über Histologie und Ätiologie der Carcinome lassen sich nach Dr. Feinberg (Berlin) dahin zusammenfassen: 1. Verfasser fand Organismen innerhalb des Krebsgewebes, die durch die Färbung, wie ihre Struktur als einzellige, selbständige tierische Organismen von allen Körperzellen, Kernen und Kernfiguren enthaltenden Zelleinschlüssen deutlich zu differenzieren sind; es ist anzunehmen 2. dass diese Organismen in ursächlichem Zusammenhang mit den Krebsgeschwülsten stehen; 3. dass diese durch die Färbung wie Struktur charakterisierten Organismen einen encystierten Zustand darstellen und dass sie ursprünglich und auch in ihren Entwickelungsstadien eine etwas andere Form analog dieser besitzen; 4. das Auffinden dieser Organismen wird in zweifelhaften Fällen die Diagnose Carcinom sicherstellen.

Prof. Doyen (Paris) berichtet, dass er in mehr als 400 Fällen aus Carcinomstücken einen runden Mikroorganismus — Micrococcus neoformans — gefunden hat, der für Tiere pathogen ist. Die Injektion von Toxinen dieses Mikroorganismus ruft bei Carcinomatösen eine beachtenswerte Reaktion hervor, die bei nicht zu schweren Fällen ein günstiges Resultat ergibt.

Untersuchungen über die Kontagiosität des Portiocarcinoms hat Dr. Bossi (Genua) angestellt. Er hat seit zehn Jahren stets bei solchen Frauen nach dem Gesundheitszustande der Männer geforscht, und niemals hat er bei einem der Männer ein Carcinom der glans penis konstatieren können. Eine Umfrage, die Bossi bei den grössten Gynäkologen aller Länder veranstaltete und deren Resultat er mitteilt, ergab, dass auch von diesen niemals eine Übertragung des Carcinoms durch die Kohabitation einer an Portiocarcinom leidenden Frau auf den Mann konstatiert werden konnte. Umgekehrt konnte auch niemals nachgewiesen werden, dass Männer, die an Carcinom der glans penis litten, dieses durch Ko-

Digitized by Google

habitation mit an Uteruscarcinom leidenden Frauen acquiriert hätten. Trotzdem also bei Portiocarcinom die denkbar besten Bedingungen für die Übertragung intra coitum gegeben wären, finde dieselbe nicht statt, und dies spräche daher nach Bossi sehr gegen die Annahme einer direkten Übertragungsmöglichkeit des Carcinoms.

Prof. v. Kahlden (Freiburg) steht auf dem Standpunkt, dass lokale Carcinomrezidive nur entstehen können, wo Epithel bereits carcinomatös erkrankt ist oder sich carcinomatös verändert, also dort, wo bei der Operation etwas vom Carcinom zurückgeblieben ist. Ferner entsteht das Rezidiv auf dem Lymphwege. Man findet häufig diese embolische Form des Rezidivs, wenn man auch ganz im Gesunden operiert zu haben glaubt. Eine dritte Entstehungsart des Rezidivs ist neuerer Zeit viel erörtert worden, das sogenannte Impfrezidiv. Die Pfropfung des Carcinoms auf das Peritoneum kann als eine Folge der Operation nicht als unmöglich hingestellt werden, doch können Verwechselungen mit embolischem und kontinuierlichem Carcinom vorkommen. Wir müssen auch daran denken, dass die bisher vorgenommenen absichtlichen Carcinom-Impfungen alle ohne Erfolg geblieben sind. Man soll daher ein Impfrezidiv nur dann annehmen, wenn jede Möglichkeit eines Lympfgefässrezidivs, auch die rückläufige Embolie, ausgeschlossen ist.

Prof. Petersen (Heidelberg) glaubt nicht, dass ein zurückgelassenes Krebsstückchen stets zum Rezidiv führen muss. Seine Beobachtungen haben ergeben, dass eine Ausheilung, ein Zugrundegehen des zurückgelassenen Carcinomstückchens zu stande kommen kann. Es ist der Organismus nicht so schutzlos dem Carcinom preisgegeben, wie wir im allgemeinen anzunehmen pflegen. Speziell die ersten Metastasen eines Carcinoms zeigen Neigung zu solchen regressiven Prozessen. Der Boden in der Umgebung des Primärtumors muss oft erst getränkt sein mit Epitheltoxinen, ehe die weiter nachfolgenden Carcinomzellen wirklich haften. Daraus erklärt sich vielleicht die Seltenheit der Blutmetastasen beim Carcinom, trotzdem das Carcinom meist so früh in die Blutbahn eintritt. Wir müssen bei diesen Heilungsvorgängen die Wirksamkeit von Epithelcytolysinen annehmen und es ist möglich, dass hieran die experimentelle Carcinomtherapie erfolgreich anknüpfen kann. Was nun die praktischen Folgen daraus anlangt, so soll man nicht etwa die Operation und das Aufsuchen der kleinsten Lymphdrüsen unterlassen, sondern man muss den Primärtumor exstirpieren, da dadurch die Lebensbedingungen für die Metastasen schlechter werden.

In seiner Abhandlung über die Verbreitung der Krebskrankheit im deutschen Reiche gelangt Dr. Wutzdorff (Berlin) zu folgenden Schlüssen: 1. Im deutschen Reiche ist nach Ausweis der amtlichen Todesursachenstatistik von 1892 bis 1898 die Krebskrankheit im allgemeinen in erheblicher Zunahme begriffen, am meisten in Württemberg, im Hamburger Staatsgebiet, in der Provinz Posen und in Bayern links des Rheins, am wenigsten in der Provinz Hannover, im Königreich Sachsen, in Westfalen, Hessen und Ostpreussen; eine Abnahme liess sich allein für Hohenzollern und Sachsen-Koburg-Gotha feststellen. 2. Aus den im Jahre 1898 verzeichneten Todesfällen, auf die lebende Bevölkerung zu schliessen, ist die Krebskrankheit am verbreitetsten im Lübecker und im Hamburger Staatsgebiet, in Baden, Bayern rechts des Rheins, Berlin, Hessen, Württemberg, im Königreich Sachsen, in Braunschweig und im Bremer Staatsgebiet, am wenigsten verbreitet in Schaumburg-Lippe, der Provinz Posen, Sachsen-Koburg-Gotha, Westfalen, Westpreussen, Hohenzollern, Ostpreussen und in der Rheinprovinz. 3. Abgesehen von den jüngsten Altersklassen der Bevölkerung, für welche wegen der Kleinheit der in Betracht kommenden Zahlen statistische Schlüsse nicht gezogen werden dürfen, hat in allen übrigen die Zahl der Krebstodesfälle erheblich stärker zugenommen, als das Wachstum der Bevölkerung. Die Annahme, dass an der Zunahme allein oder vorzugsweise das höhere Lebensalter beteiligt ist, entspricht nicht den statistischen Ergebnissen. 4. Die Krebskrankheit befällt gegenwärtig die Bevölkerung in einem durchschnittlich jüngeren Lebensalter als früher. 5. Von der Krebskrank-

Digitized by Google

heit werden Frauen häufiger als Männer befallen; doch nimmt diese Gefahr für die Männer stärker zu als für die Frauen.

Dr. Keetley (London) empfiehlt in bezug auf die Prophylaxe des Krebses folgende Massregeln: 1. Chronische Entzündungen, Eiterungen und besonders Ulcerationen dürfen nicht vernachlässigt, sondern müssen unverzüglich einer zweckmässigen Behandlung unterzogen werden, damit sie nicht chronisch werden. Bezüglich der Ulcerationen, vornehmlich derjenigen des Verdauungskanales, desgleichen hinsichtlich der Eiterungen, besonders der Brustdrüsen ist daran zu denken, dass die nach deren Heilung zurückbleibenden Narben mit Vorliebe der Sitz einer carcinomatösen Infektion werden. Aus diesem Grunde ist es doppelt wünschenswert, dass solche Ulcerationen und Suppurationen in ihren frühesten Stadien zur Heilung gebracht werden, so dass sich nur wenig oder gar kein Narbengewebe bildet. 2. Alles, was die Schleimhaut, bezw. Haut besonders zu reizen vermag, ist zu vermeiden, so z. B. das Rauchen, wenn im Munde, an der Zunge oder an den Lippen irgend eine Spur von Empfindlichkeit vorhanden ist. Ferner ist der ständige Gebrauch von reizenden Nahrungsmitteln zu vermeiden, so z. B. von den Milchprodukten der Käse. Manche Syphilitiker mit Neigung zur Bildung von Ulcerationen an der Zunge haben bemerkt, dass sie nach dem Genuss von Käse einen neuen Ausbruch von Geschwüren bekommen. 3. Die Frau soll ihre Brustwarzen mit keinem Gegenstand in Berührung kommen lassen mit Ausnahme von reinem Leinen, Baumwolle oder Seide und Seife und warmem Wasser, mit dem sie sich selbst wäscht. Nach dem Waschen sind die Brustwarzen vorsichtig, aber gründlich zu trocknen. Die Brustwarzen dürfen nie mit den Händen oder Fingern berührt werden. Die stillende Frau muss nach jedem Stillen die Brustwarzen reinigen und vorsichtig trocknen. Trägt die Frau wollene Wäsche, so ist dieselbe jedesmal durch Hitze zu sterilisieren. 4. Jeder, der rohe, bezw. nicht sterilisierte Milch, Butter und Käse als Nahrung zu sich nimmt, muss sich dessen bewusst sein, dass er dies auf die Gefahr hin tut, verschiedene Krankheitserreger, darunter auch diejenigen des Carcinoms aufzunehmen.

Für diejenigen Fälle, bei denen die Diagnose zwischen Ulcus und Carcinoma ventriculi schwankt, woneben den Symptomen im nüchternen Zustande stagnierende Speisereste ohne nachweisbare Milchsäure, aber mit mehr oder weniger reichlicher Salzsäure vorgefunden werden, hat Prof. Gluzinski (Lemberg) eine wertvolle Untersuchungsmethode ermittelt. Er stellt an einem und demselben Tage drei Untersuchungen an: Magenprobe im nüchternen Zustande, Probefrühstück mit Hühnereiweiss, Probemahlzeit mit einem Beefsteak. Das reine Ulcus rotundum verläuft mit einem sauren Katarrhe, der bei jeder Probe deutliche freie Salzsäure erkennen lässt. Das Fehlen von freier Salzsäure oder nur geringe Spuren derselben bei irgend einer dieser Proben kündigt das Entstehen eines schleimigen Katarrhes an, welcher unter den erwähnten Umständen und bei der Dauer der Erscheinungen für die Diagnose eines sich entwickelnden Carcinoms äusserst wichtig ist. Auf diese Weise konnte in vier Fällen die Diagnose mit grosser Wahrscheinlichkeit in einem sehr frühen Stadium auf Carcinom gestellt werden.

Prof. Krönlein (Zürich) zieht aus der Nachuntersuchung von 251 Fällen von Magencarcinom folgende Schlussfolgerungen: 1. dass das Magencarcinom ohne Operation durchschnittlich nach ca. einem Jahre zum Tode führt; 2. dass die Gastroenterotomie das Leben des Carcinomkranken durchschnittlich um drei Monate, und 3. dass die Gastrektomie, sofern sie von Rezidiv gefolgert wird, das Leben durchschnittlich um 14 Monate verlängert. Ausserdem fand Verfasser bei der Nachuntersuchung der Gastrektomierten noch 13 Patienten am Leben, darunter einen im achten Jahre nach der Operation, einen im vierten Jahre, zwei im dritten Jahre u. s. w., und es ist zu hoffen, dass ein Teil dieser Patienten dauernd gesund bleibt. Da also die operative Behandlung des Magencarcinoms das Leben verlängert und bei frühzeitiger Operation auch Aussichten auf Dauerheilung bietet, weiters das subjektive Befinden der Patienten nach der Gastrektomie und Gastroenterotomie

Digitized by Google

ein bedeutend besseres wird, die Patienten zu frischem Lebensmut erwachen, an Körpergewicht zunehmen, andererseits aber die Gefahren der nicht komplizierten Fälle nicht gross sind, rät Verfasser dringend die operative Behandlung an.

Prof. v. Mikulicz (Breslau) berichtet über 106 Fälle von malignen Tumoren des Darmes und über seine Operationsmethode bei zweizeitiger Operation, die vollkommen vollendet wird bis zur Resektion des Darmstückes, welche nach zwei Tagen vorgenommen wird. Diese zweizeitige Operation empfiehlt er wegen der relativen Gefahrlosigkeit und der grösseren Leistungsfähigkeit angelegentlichst.

Prof. v. Hochenegg (Wien) hat von 237 Rectumcarcinomen, 174 einer radikalen, 63 einer palliativen Behandlung unterzogen, durchweg mit der sakralen Methode mit der geringsten bisher erreichten Mortalität. Er vergleicht seine Operationsresultate an der Hand von Tabellen mit denen anderer Chirurgen und kommt zu dem Schlusse, dass nicht die wenig kühne Indikationsstellung oder die Auswahl der Fälle, sondern seine sakrale Methode die geringe Mortalitätsziffer bedingt. In der Nachbehandlung sorgt er streng dafür, dass nicht der Kot die frische Wunde beschmutzt, indem er ausgiebig drainiert. Was die Dauerheilungen anlangt, so steht er auf dem Standpunkt Krönleins und acceptiert sein kritisches Triennium. Danach hat er von seinen 174 Radikaloperationen 120 Dauerheilungen. Mehr als drei Jahre lebten rezidivfrei 35 Fälle, von denen erlagen noch fünf den Spätrezidiven, so dass er heute 30 sichere Dauerheilungen hat, also 25 %.

Dr. Wiesinger (Hamburg) glaubt die schweren Folgezustände nach Operation bei hochsitzendem Mastdarmcarcinom durch die grundsätzliche Anlegung eines Anus praeternaturalis einschränken zu können. Der Anus wird auf der linken Seite nach der Witzelschen Methode (Unterminierung der Muskulatur) angelegt. Der After soll auch nach der Operation bestehen bleiben, wodurch es überflüssig wird, den stehenbleibenden Rektumabschnitt nach abwärts zu ziehen. Von 13 so operierten Kranken ist keiner im Kollaps gestorben, zwei starben nach zwei und sechs Wochen im Anschluss an die Operation. Drei Rezidive verliefen viel weniger störend, alle drei konnten operiert werden.

Prof. Veit (Leiden) hält es für am richtigsten, dass man beim Gebärmutterkrebs je nach der Art des Carcinoms die Indikation zur Operation zu stellen sucht. Beim Carcinom des Portio vaginalis hält er die vaginale Totalexstirpation für das richtige Verfahren, so lange der Uterus frei beweglich ist. Ist letzteres nicht mehr der Fall, so ist bei gutem Allgemeinbefinden die Laparotomie das beste Verfahren. Bei Schwangerschaft und erhaltener Beweglichkeit ist die vaginale Totalexstirpation, unter Umständen nach Entleerung des Uterusinhaltes, die gebotene Operation. Besteht schon Infiltration der Umgebung, so ist am besten, nichts Operatives zu unternehmen. Bei Carcinomknoten der Cervixwand, wie bei Carcinom der Schleimhaut des Cervixkanals hält Veit die Freundsche Operation im allgemeinen für das richtige Verfahren. Bei sehr fetten und bei sehr elenden Frauen operiert Veit dagegen vaginal, womöglich ohne Chloroformnarkose. Auch wenn bei der Knotenform Schwangerschaft vorliegt, hält Veit die Operation von den Bauchdecken aus für besser, als die vaginale Methode. Beim Corpuscarcinom verkennt er die grossen Vorteile der vaginalen Operation nicht, ist aber wegen der Unsicherheit bezüglich der Rezidive geneigt, die abdominale Operation zu bevorzugen.

Prof. Wertheim (Wien) gibt eine Zusammenstellung seiner bisherigen Erfahrungen mit der abdominalen Exstirpation des carcinomatösen Uterus. Er gelangt dabei zu folgenden Schlüssen: 1. Die blosse Uterusexstirpation genügt nur in einem kleinen Teile der Fälle von Uteruskrebs zur radikalen Heilung. Es besteht das Bedürfnis nach leistungsfähigerem Vorgehen, welches in erster Linie darauf bedacht sein muss, das den krebsigen Uterus umgebende Zellgewebe möglichst ausgiebig mitzuentfernen, in zweiter Linie die regionären Lymphdrüsen zu exstirpieren. 2. Hierfür eignet sich am

Digitized by Google

besten die gewöhnliche Laparotomie, deren Mortalität durch Ausbildung der hierbei anzuwendenden Operationstechnik schon jetzt so gesunken ist, dass dieselbe keinen Grund mehr gegen die Berechtigung der Operation abgeben kann. 3. Die Operabilitätszahl ist seit Anwendung des erweiterten abdominalen Vorgehens sehr bedeutend gestiegen. Auch die Dauererfolge werden — wie sich nach den bisherigen Beobachtungen schliessen lässt — bessere sein, so dass die absolute Leistung eine wesentlich grössere sein wird. 4. Hand in Hand mit diesem erweiterten Vorgehen muss nach wie vor das Streben gehen, die Fälle von Uteruskrebs möglichst frühzeitig zu operieren.

In einer ausführlichen Arbeit berichtet Prof. Schauta (Wien) über seine letzten Erfahrungen in der operativen Behandlung der Uteruscarcinome. Die Operationsresultate suchte er zunächst durch sehr sorgfältige Auswahl der Fälle zu bessern. Die abdominale Totalexstirpation mit Ausräumung der Beckendrüsen hat er nach einigen erfolglosen Operationen dieser Art vorläufig gänzlich verlassen, nachdem er sich von der Inkonstanz des Drüsenbefundes überzeugt hatte. Dazu kommt, dass es bei Entfernung carcinomatöser Drüsen noch immer zweifelhaft erscheint, ob nicht in den zuführenden Lymphbahnen, die nicht entfernt werden können, Carcinom zurückbleibt. Die Anhänger der abdominalen Operation müssen erst den Beweis erbringen, dass Fälle mit Entfernung carcinomatöser Drüsen rezidivfrei bleiben. Das Hauptgewicht legt Verfasser auf die sorgfältige Entfernung der Parametrien. Er führt 30 Fälle an, die im vergangenen Jahre mittelst des Schuchardtschen Paravaginalschnittes operiert wurden, darunter fünf Todesfälle. In seiner ausführlich mitgeteilten üblichen Technik hält sich Verfasser, von kleinen Abweichungen abgesehen, im wesentlichen an die Schuchardtsche Operationsvorschrift. Einen tatsächlichen Wert der abdominalen Operation sieht Schauta nur in der Möglichkeit, die Parametrien in grösserem Umfange wie bei der gewöhnlichen Methode der vaginalen Operation entfernen zu können. Das Gleiche ist aber auch durch den paravaginalen Schnitt zu erreichen.

Dr. Hense konnte 122 Radikaloperationen wegen Krebs des schwangeren und entbundenen Uterus aus der Königsberger Frauenklinik zusammenstellen einschliesslich der nach abgelaufenem Puerperum Operierten. Nach Autors Zusammenstellungen geben Radikaloperationen des Uteruskrebses in graviditate, partu et puerperio die schlechteste, in climacterio dagegen die beste Prognose. Die günstigere Prognose der Corpuscarcinome gegenüber den Collumcarcinomen beruht darauf, dass das Corpuscarcinom vorwiegend Frauen in den 50er Jahren, also schon im Klimakterium befindliche Frauen befällt. Der Einfluss des Klimakterium selber begründet die bessere Prognose der Corpuscarcinome.

Dr. Labhard behandelt die sogenannten Spätrezidive des Krebses und berücksichtigt Brust-, Mastdarm-, Zungencarcinome zunächst nach den in der Literatur vorliegenden Mitteilungen und dann nach den Erfahrungen in der Rostocker und Königsberger Klinik (zusammen 112 Spätrezidive, deren überwiegende Anzahl in das vierte bis sechste Jahr nach der Operation fällt), er kommt zu einem die Ansicht Duplays, dass die Zeit, in der ein Rezidiv auftreten kann, unbegrenzt ist, bestätigenden Schluss, und hält die Ansicht Volkmanns, dass man einen Patienten, der drei Jahre nach einer Carcinomoperation noch rezidivfrei ist, als definitiv geheilt ansehen könne, als unhaltbar. Auf 2107 Mammacarcinome verzeichnet Labhard 2,3%, auf 491 Mastdarmcarcinome 4,4% erst nach dem dritten Jahr aufgetretene Rezidive, auf 1300 Lippen- und Gesichtscarcinome 2,5% und betont das überwiegende Auftreten der Spätrezidive (75%) in der Narbe oder nächsten Umgebung, sowie das Vorwiegen der Skirrhen bei den Späterkrankungen. Die Spätrezidive verdanken ihre Entstehung Teilen der Geschwulst, die bei der ersten Operation zurückgelassen wurden. Nach Labhard bleibt ein an Carcinom Operierter für die Dauer seines Lebens in Gefahr, ein Rezidiv zu bekommen, allerdings nimmt die Wahr-

Digitized by Google

scheinlichkeit mit den Jahren immer mehr ab.

Prof. v. Leyden und Dr. Blumenthal (Berlin) bereiteten aus aseptisch exstirpierten und frisch übergebenen menschlichen Tumoren durch Zerquetschen derselben und Auspressen eine Flüssigkeit, welche zu Injektionen benutzt wurde, nachdem sie sich an Tieren von ihrer absoluten Unschädlichkeit überzeugt hatten. Die Einspritzungen wurden vollkommen gut vertragen und hat sich auch später niemals die geringste schädliche Wirkung herausgestellt. Sie stellten die ersten Versuche bei inoperablen, ganz hoffnungslosen Patienten an, welche sich bereitwillig die Injektionen gefallen liessen. Der fortschreitende Verlauf und der letale Ausgang ist in der grossen Mehrzahl dieser Fälle nicht aufgehalten worden. In zwei Fällen — die Krebskrankheit hatte schon viele Monate vor Beginn der Behandlung bestanden — fiel es auf, dass während der Behandlung der Tumor zwar nicht wesentlich verändert war, dass sich aber keine Metastasen fanden, während die dem Tumor benachbarten Drüsen, welche Verfasser vorher gefühlt und für infiltriert gehalten hatten (etwas mehr als mandelgross) später nicht mehr gefunden wurden. Der erste Fall datiert mehr als ein Jahr zurück. Es handelte sich um eine herabgekommene Frau von 69 Jahren, welche an einem Carcinom der Urethra litt, mit Beteiligung der Blase. Durch die sehr starken Schmerzen beim Urinlassen und fortdauerndes Drängen war Patientin sehr geschwächt. Die Patientin war so schwach, dass sie nur ein paar Stunden aufstehen konnte. Kein Ödem. Der Urin enthielt neben Eiterkörperchen sehr zahlreiche Carcinomzellen. Der fast apfelgrosse harte Tumor lag unterhalb des Blasenhalses. Von der Aussenseite der Urethra nach der rechten Seite griff er auf die Lymphdrüsen der rechten Inguinalgegend über. Die Patientin vertrug die Einspritzungen sehr gut. Im Verlaufe der Injektionen besserte sich der Urin. Die carcinomatösen Zellen waren fast verschwunden. Eiterzellen blieben übrig. Patientin klagte weniger, ernährte sich besser und hatte ein besseres Aussehen. Sie starb plötzlich in einem Anfall von Herzschwäche. Bei der Autopsie fanden sich bohnen- bis pflaumengrosse Carcinomknoten in der Urethra und Blase. Das Herz war klein und schlaff, fast alle Organe normal. Nirgends Metastasen. Auch die Drüsen der rechten Inguinalgegend waren weder geschwollen, noch infiltriert. Im zweiten Falle handelte es sich um eine ältere Frau mit Uteruscarcinom, Carcinom der Ovarien und starkem Vorfall. Die Injektionen wurden einige Monate lang gemacht. Bei der Autopsie fand sich ein Uterus- und Ovarialcarcinom. Nirgends aber waren Metastasen nachweisbar. Im dritten Falle handelte es sich um eine 42jährige Frau, die im Oktober 1901 aufgenommen wurde, mit nicht operablem Carcinom des Uterus. Sie kam in höchst dekrepidem Zustande in die Charité, konnte vor Schwäche nicht gehen und lag deshalb dauernd zu Bett. Sie erhielt zuerst Einspritzungen von Ziegenserum, d. h. von Ziegen, welche wochenlang mit Tumorextrakt vorbehandelt waren. Später bekam sie Tumorextrakt. Unter der Behandlung besserte sich der Allgemeinzustand. Der Tumor schien stellenweise zu zerfallen. Ein merkliches Fortschreiten des Tumors konnte in den zehn Monaten ihres Aufenthaltes in der Charité nicht konstatiert werden. Die Schmerzattacken, wegen welcher die Patientin grosse Dosen Morphin bekam, sind geringere geworden, obwohl sie zeitweilig noch ziemlich heftig auftreten. Patientin vermochte während der Behandlung wiederholt auf Stunden das Bett zu verlassen. Als sie hereinkam, war schon von anderer Seite die Prognose quoad vitam den Angehörigen derart gestellt worden, dass dieselben täglich den Exitus erwarteten. Es geht jetzt der Patientin erheblich besser als bei ihrem Eintritt. Von einer Heilung kann allerdings bisher nicht gesprochen werden.

Zur Behandlung des Hautcarcinoms empfiehlt Dr. Unna (Hamburg) den Arsenik in folgender Form:

Rp. Acidi arsenic.
Extr. Cannabis āā 5,0
Acidi salicyl. 20,0

auf 1 Meter Pflastermull. Derselbe hat für Carcinome der Haut eine ähnliche elektive Wirkung, wie der Salicyl-Cannabis-Pflastermull auf Lupusgewebe. Das Ver-

Digitized by Google

fahren z. B. bei Ulcus rodens ist, dass man Resorcinpflastermull permanent anwendet und die Wirkung beobachtet. Bleiben einzelne Knötchen unbeeinflusst, so werden sie mit dem Spitzbrenner angestochen, ebenso indolente Geschwürsflächen, darüber kommt wieder das Pflastermull, verstärkt mit Resorcinpulver in Substanz. Handelt es sich bereits um tiefergehende Carcinome, so wird sofort der Spitzbrenner zur Ansengung verwendet oder die Ulceration durch Arsen-Salicylsäure-Pflastermull bewirkt und die Abheilung unter Resorcinpflaster oder Resorcin-Benzoesäure-Dunstverband abgewartet.

Dr. Ehrhardt berichtet über eine Reihe experimenteller und klinischer Erfahrungen, die in der Königsberger chirurgischen Klinik mit Heisswasserübergiessungen von Wunden nach Geschwulstexstirpationen gemacht worden sind. Es handelte sich stets um Fälle, in denen wegen Morcellements der Geschwulst oder wegen Ausreissens eine Implantation von Geschwulstkeimen zu befürchten war. Für diese Fälle scheint das siedende Wasser ein empfehlenswertes Hilfsmittel zu sein, um die etwa zurückbleibenden Geschwulstkeime abzutöten. Experimentelle Untersuchungen zeigten, dass das Verfahren gegenüber der Anwendung chemischer Ätzmittel oder des Thermokauters bemerkenswerte Vorteile bietet. Es hindert die Prima intentio nicht, es gestattet, die Wundhöhle gleichmässig bis in ihre feinsten Spalten oberflächlich zu verschorfen. Die Koagulation reicht bei den sonst wohl angewendeten chemischen Ätzmitteln, Sublimat, Chlorzink, viel tiefer. Die Anwendung geschieht in der Weise, dass etwa 25 ccm siedenden Wassers in die Wunde gegossen und etwa nach einer Minute ausgetupft werden. Empfehlenswert ist der Gebrauch elektrischer Kochapparate und von Schöpfgefässen solche mit langem Stiele. Nachteile, z. B. bei der Nachbarschaft grösserer Gefässe, sind nicht beobachtet, die experimentell übergossenen Gefässe beim Tiere thrombosierten nicht. Der Anwendung der Methode sind enge Grenzen gezogen; sie beschränkt sich nur auf die Fälle, in denen eine Geschwulstimplantation befürchtet wird; sie setzt voraus, dass die Geschwulst im übrigen radikal entfernt ist, denn eine Zerstörung von zurückgelassenen grösseren Geschwulstresten ist auf diesem Wege nicht zu erreichen.

Bezüglich der Behandlung der Myome unterscheidet Prof. Landau (Berlin): 1. Myome, die keine besonderen Erscheinungen machen. Diese erfordern weder eine symptomatische, noch eine kausale Behandlung. 2. Myome, die entweder nur unbedeutende Erscheinungen machen oder bei denen bei erheblicheren Erscheinungen aus inneren oder äusseren Gründen die Operation zunächst hinausgeschoben wurde. Hier empfiehlt Landau dringend, die Kranken nur allgemein zu behandeln, den Stoffwechsel anzuregen und tunlichst von allen gynäkologischen und chirurgischen Massnahmen, die nur symptomatischen Zwecken dienen sollen, abzusehen. 3. Myomkranke, deren Leben durch Blutungen, Schmerzen, Entzündungen, Herzschwäche u. s. w. verbittert ist, wenn nicht gar vernichtet zu werden droht. Hier muss man, in welchem Alter die Frauen sich auch befinden mögen, in erster Linie die Myomektomie und, wenn sich diese aus technischen oder anderen Gründen verbietet, die Hysteromyomektomie, wenn möglich mit Erhaltung der Ovarien, ausführen.

Prof. Olshausen (Berlin) plädiert für ein möglichst konservatives Operieren bei Myomen. Wo immer es angeht, lässt er bei Exstirpatio uteri myomatosi beide Ovarien oder zumindest jenes zurück, welches weniger an den Uterus herangerückt ist und trachtet, dabei möglichst das Gewebe in der Nähe des Hilus ovarii zu erhalten. Er will aber noch weiter gehen und auch den Uterus so viel wie möglich erhalten. Diesem Zwecke entspricht die Enukleation der Myome, die aber nicht bloss bei jüngeren Individuen angezeigt ist, wo der Wunsch nach eventueller Nachkommenschaft oft berücksichtigt werden soll, sondern auch bei Frauen in den Vierzigerjahren, bei denen der Vorteil des kleineren Eingriffes auch durch den Umstand gerechtfertigt wird, dass bei Frauen höheren Alters das

Digitized by Google

rasche Nachwachsen zurückgebliebener Myomkeime wenig mehr zu befürchten ist. Wenn die Enukleationen mehr als bisher angewandt werden sollen, so resultiere daraus auch die Einschränkung der vaginalen Operationen zu gunsten der abdominellen.

Prof. v. Leyden über den Parasitismus des Krebses auf dem Kongresse für innere Medizin zu Wiesbaden (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 35). — Zur Lehre des Gewebes und der Ursache der Krebsgeschwülste von Dr. Feinberg (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 11). — Prof. Doyen über den Mikrococcus neoformans und die Behandlung des Krebses auf dem deutschen Chirurgenkongresse zu Berlin (Med. Woche Nr. 19). — Untersuchungen über die Kontagiosität des Carcinoms, ausgeführt auf gynäkologischem Wege von Dr. Bossi (Gaz. d. osped. Nr. 39. — Med. Blätter Nr. 20). — Prof. v. Kahlden und Prof. Petersen über die Frage der Carcinomrezidive auf dem deutschen Chirurgenkongresse zu Berlin (Med. Woche Nr. 17). — Über die Verbreitung der Krebskrankheit im deutschen Reiche von Dr. Wutzdorff (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 10). — Zur Prophylaxe des Carcinoms von Dr. Keetley (Lancet. — Allg. med Zentral-Ztg. Nr. 101). — Ein Beitrag zur Frühdiagnose des Magencarcinoms nebst einigen Bemerkungen über die Aussichten der Radikaloperation von Prof. Gluzinski (Mitt. a. d. Grenzgeb. 10. Bd. 1. H.). — Über den Verlauf des Magencarcinoms bei operativer und nicht operativer Behandlung. Eine Bilanzrechnung von Prof. Krönlein (Langenb. Arch. 67. Bd. 3. H. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 8. H.). — Prof. v. Mikulicz über Behandlung der Darmcarcinome auf dem deutschen Chirurgenkongresse (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 32). — Prof. Hochenegg über Behandlungsresultate bei Dickdarmcarcinom ebendaselbst (Ebendaselbst). — Zur Behandlung hochsitzender Mastdarmcarcinome von Dr. Wiesinger (Deutsche Zeitschr. f. Chir. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 2). — Der Gebärmutterkrebs, seine Ätiologie, Diagnose, Prognose und Behandlung von Prof. Veit (Deutsche Klinik 9. Bd. — Schm. Jahrb. 275. Bd. 7. H.). — Prof. Wertheim über die abdominale Exstirpation des carcinomatösen Uterus auf dem Gynäkologenkongresse zu Rom (Münch med. Wochenschr. Nr. 45). — Die Operation des Gebärmutterkrebses mittelst des Schuchardtschen Paravaginalschnittes von Prof. Schauta (Monatsschr. f. Geb. 15. Bd. 2. H. — Med. Blätter Nr. 26). — Der Einfluss von Schwangerschaft und des Klimakterium auf die Dauerresultate der Radikaloperation des Uteruscarcinoms von Dr. Hense (Zeitschr. f. Geburtsh. — Schm. Jahrb. 275. Bd. 7. H.). — Zur Frage der Dauerheilungen des Krebses von Dr. Labhard (Beitr. z. klin. Chir. 33. Bd. 3. H. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 30). — Vorläufige Mitteilungen über einige Ergebnisse der Krebsforschung auf der I. Medizinischen Klinik von Prof. v. Leyden und Dr. Blumenthal (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 36). — Dr. Morris, Dr. Beatson und Dr. Bryant über die Behandlung der inoperablen Krebse in der British Medical Association zu Manchester (Münch. med. Wochenschr. Nr. 37). — Die nicht operative Behandlung der bösartigen Geschwülste von Dr. v. Boltenstern (Würzb. Abh — Prag. med. Wochenschr. Nr 41). — Zur Carcinombehandlung von Dr. Unna (Monatsh. f. prakt. Dermat. 32. Bd. 6. H. — Prag. med. Wochenschr. Nr 9). — Über Zerstörung von Geschwulstresten in der Wunde durch Heisswasser von Dr. Ehrhardt (Arch. f. klin. Chir. 64. Bd. 3. H. — Schm. Jahrb. 274. Bd. 4. H.). — Symptome und Behandlung der Myome von Prof. Landau (Deutsche Klinik 9. Bd. — Schm. Jahrb 275. Bd. 7. H.). — Über die Wahl der Operation bei Myom von Prof. Olshausen (Zentralbl. f. Gynäk. Nr. 1. — Med. Blätter Nr. 35).

Nervenkrankheiten. An Dr. Donaths Abteilung in Budapest stellte Dr. v. Várady Untersuchungen über den okulopupillaren sensiblen Reflex an 50 normalen und 25 pathologischen Fällen an. Es gelingt unter entsprechenden Kautelen in jedem Falle, den Reflex auszulösen; der prompte und mittelstarke Reflex kommt häufiger vor, als der schwache. Zweckmässig wird der Reflex durch einen Nadelstich ausgelöst und zwar bei schwachem der mittelstarkem Licht. Wahrscheinlich steht das Zentrum des Reflexes mit dem vasomotorischen Zentrum in Verbindung. Bei funktionellen Sensibilitätsstörungen, z. B. bei der Hysterie, verhält sich der Reflex wie bei Gesunden: er kann vorhanden sein oder fehlen. Bei Anästhesien organischen Ursprungs ist der Reflex nicht auszulösen, resp. ist derselbe reduziert. Mit Sicherheit kann behauptet werden, dass da, wo der Reflex vorhanden ist, keine organische Anästhesie besteht.

Die Einteilung der Reflexneurosen der Nase geschieht nach Dr. Rosenberg am besten nach dem Vorgange von Jurasz in: 1. Reflexneurosen, bei denen die sensible Erregung von der Nase ausgeht und der ausgelöste Reflex sich in den ausserhalb der Nase liegenden Organen einstellt, z. B. Asthma, Glottiskrampf, verschiedene nervöse Affektionen des Herzens, Anomalien der Genitalsphären, Neuralgien des Gesichtes und andere allgemeine nervöse Störungen; 2. Reflexneurosen, bei denen die sensible Erregung in der Nase stattfindet und der Reflex sich auch in der Nase äussert, z. B. Heufieber, Coryza vasomotoria u. a.; 3. Reflexneurosen, bei denen die sensible Erregung in einem anderen Organe ihren

Digitized by Google

Ursprung hat und reflektorisch auf die Nase übertragen wird, z. B. nervöser Schnupfen, Epistaxis, Erythem etc. Für die Therapie kommt hauptsächlich die Kokainisierung (mit 10—20 %iger Kokainlösung) der verdächtigen Teile der Nasenschleimhaut in Betracht, um hierdurch den Reflexbogen zu unterbrechen. Besteht ein ursächlicher Zusammenhang der Nasenaffektion mit dem in Frage stehenden Leiden, so muss dieses, solange die Kokainwirkung dauert, schwinden.

Dr. Avellis (Frankfurt a. M.) erwähnt folgende Unterscheidungsmerkmale zwischen der reinen Supraorbitalneuralgie und dem entzündlichen Stirnhöhlenschmerz. Neuralgie beginnt plötzlich und ohne Katarrh, hat Paroxysmen mit freien Intervallen, während der Stirnhöhlendruck allmählich beginnt und die Intensität geringeren Wechsel aufweist. Neuralgie hat typische Druckpunkte (Foramen supraorbitale, Nasalpunkt, Palpebralpunkt etc.), während der Stirnhöhlenschmerz nicht der anatomischen Verbreitung des Nerven folgt, sondern der Figur der Höhe („Klopfschmerzgrenze"). Durchleuchtung kann positives Resultat geben, beim Stirnhöhlenschmerz fehlt zentrale Irradiation. Konstanter Druck mildert Neuralgie, steigert Stirnhöhlenschmerz. Äussere Temperatureinflüsse rufen neuralgischen Schmerz hervor, bei diesen zeigt sich auch Veränderung der Hautempfindlichkeit. Alkohol steigert Stirnhöhlenschmerz, Muskelbewegungen die Neuralgie. Entzündliches Ödem des mittleren Muschelkopfes vermisst man selten beim Stirnhöhlenschmerz, endlich klärt der Erfolg der Behandlung die Differentialdiagnose, manchmal erst die Probeeröffnung.

Eine zusammenfassende Darstellung der Meralgia paraesthetica liefert Dr. Kahane (Wien). Hauptsymptome sind: Parästhesie, Anästhesie und Schmerz im femoralen Verbreitungsgebiete des Nervus cutaneus femoris externus. Eventuelle Begleitsymptome: Trophische (Muskelatrophie ex inactivitate, glatte und glänzende Haut) und vasomotorische Störungen, Ungleichheit der Pupillen, in vereinzelten Fällen Steigerung der Reflexe. Meist einseitige, den Glutäalast des Nervus cutaneus femoris externus freilassende Affektion, bedingt je nach Umständen durch Trauma, Erkältung, Syphilis, Typhus, Alkoholismus, Saturnismus, Morphinismus, Diabetes und Gicht. Prädisponierend ist das männliche Geschlecht im Alter von 30—60 Jahren und Berufsarten, welche viel stehen, gehen und häufigen Temperaturwechsel erfordern. Die pathologische Anatomie ist noch strittig. In bezug auf die Pathogenese steht der Kongestions- die Neuritistheorie entgegen. Verlauf meist chronisch, zwar hartnäckig, aber gutartig, nur manchmal zu heftigen Schmerzen führend und bei Luetikern als Prodrom der Tabes beobachtet. Therapie: Neben Behandlung des Grundleidens symptomatische Anwendung von Einreibungen, Massage, Bäder, Elektrizität, in schweren Fällen Resektion des Nervenastes.

Dr. Bordier empfiehlt die Behandlung der Neuralgien, speziell der Trigeminusneuralgie mit sehr starken galvanischen Strömen von langer Dauer. Er verwendet für den Trigeminus eine Gesichtselektrode aus Aluminium oder platiniertem Kupfer, welche so geformt ist, dass sie die ganze Gesichtshälfte mit Ausnahme von Auge und Mund bedeckt. Die Elektrode wird sorgsam mit wasseraufsaugenden Stoffen gepolstert, so dass sie der Oberfläche überall exakt anliegt und mit warmem Wasser getränkt. Diese Elektrode bildet die Anode, während die Kathode als grosse Platte von 250—500 qcm auf eine indifferente Stelle gesetzt wird. Der Strom wird vermittelst des Rheostaten bis zu einer Stärke von 30—100 M.-A. gesteigert und eine Stunde lang stabil einwirken gelassen. Die Sitzungen werden anfangs täglich, später nach eingetretener Besserung alle zwei Tage ausgeführt.

Auch Dr. Vernay berichtet über günstige Resultate, die er bei Trigeminusneuralgie durch galvanische Ströme von 40—60 M.-A. Stärke und 30—50 Minuten langer Dauer in vier schweren Fällen erzielte. Nach Autors Erfahrungen ist die Methode trotz der hohen Stromstärke gänzlich ungefährlich; natürlich müssen alle Vorsichtsmassregeln

Digitized by Google

getroffen werden, dass keine plötzlichen Stromesunterbrechungen vorkommen. Besonders Arteriosklerotiker bekommen leicht Anfälle von Synkope bei etwas raschen Veränderungen der Stromstärke; bei diesen muss man daher besonders vorsichtig mit dem Rheostaten ein- und ausschleichen.

Bei der traumatischen Neurose tritt Dr. Laquer für eine unmittelbar nach dem Unfall einsetzende physikalische und psychisch-suggestive Behandlung ein. Am zweckmässigsten erweisen sich milde hydrotherapeutische und gymnastische Prozeduren, schwache Faradisation der Schmerzpunkte oder paretischer Muskeln, zarte Galvanisation des Kopfes, des Sympathicus und des Rückenmarks, elektrische Teil- und Vollbäder und dergleichen. Mit Entschiedenheit tritt Laquer für die Einweisung von Unfallverletzten in besondere Unfallkliniken ein und verweist auf die Erfolge einer derartigen unter Windscheids Leitung in Stötteritz stehenden Anstalt, in welcher physikalisch-therapeutische Übungen mit Arbeiten in eigenen Tischler-, Schlosser- und Lackiererwerkstätten verbunden werden.

An Prof. Raymonds Klinik in Paris studierte Dr. Kouindjy die Erfolge der Extensionsmethode bei der Behandlung der Nervenkrankheiten und kam zu folgenden Schlussfolgerungen. Die Extensionsmethode ist die einzige Form der Suspensionsmethode, welche als notwendiges Heilmittel in der Behandlung von Nervenkrankheiten angewendet werden soll. Sie muss mit derselben Vorsicht ausgeführt werden, wie andere anerkannte Heilmethoden. Sie leistet gute Dienste in der Behandlung von Krankheiten des cerebrospinalen Systems. Durch den Empiriker oder gar den Patienten selbst ausgeübt, birgt sie Gefahren. Von allen Suspensionsmethoden ist die Extension mittelst schiefer Ebene die reizloseste; von anderen wissenschaftlichen Verfahren der Suspensionsmethode sind die mittelst des Sprimonschen Apparates und des an Raymonds Klinik verwendeten Extensionsstuhles die besten, weil sie gestatten, eine gradweise und genau bemessene Zugwirkung zu erzielen.

Prof. Marinescu (Bukarest) hat mit intraarachnoidealen Kokaineinspritzungen gute Erfolge bei schmerzhaften Nervenkrankheiten erzielt. Es genügen 5 mg bis 1 cg Kokain, um bei Ischias, Myelitis, Hemiplegie u. s. w. Schmerzlosigkeit zu erzielen. Bei den Myelitikern wurden die Schmerzen sogar dauernd beseitigt, während bei den tabischen Schmerzen die Resultate wechselnd waren. Marinescu ist der Ansicht, dass diese Injektionen durch Beeinflussung der Hinterstränge wirken; das Kokain gelangt nicht bis zum Bulbus, wie von manchen behauptet wurde, was Marinescu durch Einspritzung von Methylenblau experimentell nachweisen konnte.

Prof. Brieger (Berlin) hat sich die hydrotherapeutische Behandlung der Ischias in einer grossen Reihe von Fällen ausgezeichnet bewährt. Zwei Mittel kommen hier hauptsächlich in Betracht, die schottischen Strahlen- und die heissen Vollbäder mit Bewegungen. Erstere werden in der Weise angewandt, dass auf die Rückseite des Oberschenkels längs des Verlaufes des Ischiadicus abwechselnd heisse und kalte Strahlenduschen oder heisser Dampfstrahl und kalte Strahlendusche appliziert werden; die heissen Vollbäder von 38—40° C. werden in einer grossen Badewanne, wie sie auch für kinetotherapeutische Bäder gebraucht wird, gegeben. In dem Bade macht der Patient nicht nur mit dem kranken Beine Bewegungen aller Art, sondern es werden auch methodisch aktiv wie passiv verschiedene Streckbewegungen des ganzen Körpers ausgeführt, welche geeignet sind, eine Dehnung des Nerven herbeizuführen. Ausserdem wird in dem Bade wie auch nach dem Bade die Ischiasmassage gemacht, die auch mit der Anwendung der schottischen Strahlen stets verbunden wird.

Dr. Küster (Marburg) lobt die Behandlung der Ischias mittels direkter Injektion von 5% Kokainlösung in den Ischiadicusstamm. Die Technik ist folgende: Am ersten Tage wird 1/3 der Pravazspritze in der Mitte zwischen Sitzhöcker und den grossen Rollmuskeln senkrecht direkt auf den Nervenstamm injiziert. Am zweiten Tage werden zwei Drittel Spritze und vom dritten bis sieben-

Digitized by Google

ten Tage je eine ganze Spritze injiziert. Der Schmerz wird immer geringer und hört nach sieben Tagen ganz auf.

Dr. Hölscher behandelt seit zehn Jahren die schweren Fälle von Ischias, die mit ihren immer wiederkehrenden Rezidiven jeder internen und mechanischen Therapie trotzen, durch breite Freilegung des Nerven nach seinem Austritte aus der Incisura ischiadica und mehrtägiges Auflegen eines Gazetampons, welcher in 5%iger Karbolsäure getränkt war. Der Erfolg war immer gut. Unter 15 Fällen erlebte Verfasser nur zwei Rezidive und diese betrafen Patienten, bei welchen Verfasser den Nerven nicht ganz blossgelegt hatte, sondern noch eine dünne Muskelschicht stehen liess, so dass die Nerven nicht unter der unmittelbaren Karbolwirkung standen. Eine zweite Operation beseitigte das Rezidiv. In fast allen Fällen konnten die Patienten nach dem Erwachen aus der Narkose das Bein schmerzlos bewegen, nach einigen Stunden stellte sich ein Gefühl von Taubsein im Fusse ein, in den ersten zwei Tagen kam es zu Schmerzen in der Wade, welche eine Morphininjektion nötig machten. Nach einigen Tagen verschwanden diese Erscheinungen und die Patienten blieben dauernd geheilt.

Prof. Robin (Paris) behandelt die Zitterbewegungen mit gutem Erfolge durch Injektionen von Hyoscinium bromhydricum. Das Mittel wurde von ihm bei der Sydenhamschen Chorea, beim senilen Zittern und bei der Parkinsonschen Krankheit angewandt; subkutan in der Dosis von $^1/_{10}$ bis $^1/_2$ mg bei jeder Injektion um $^1/_{10}$ mg steigend und nach $^1/_2$ mg wieder bis auf $^2/_{10}$ mg herabgehend, auf welcher Dosis man dann stehen bleibt. In einem Falle von Parkinsonscher Krankheit mit sehr intensivem Zittern (Paralysis agitans) war die Besserung eine derartige, dass Patient seiner Beschäftigung wieder nachgehen konnte.

Dr. Silberstein (Wien) empfiehlt die Behandlung von Nervenkrankheiten mit Bromeiweisspräparaten (Bromeigonen). Es gibt ein Brompepton und Bromeigon. Beide enthalten etwa 11% Brom, stellen ein hellbraunes Pulver von süsslich-salzigem Geschmack, letzterer von Bromwasserstoffsäure herrührend, dar. Trotz des im Vergleiche zu den Bromalkalien geringen Bromgehaltes sind diese organischen Brompräparate doch wirksam, ja sogar protrahierter, da die Abspaltung, andererseits aber auch die Ausscheidung des Broms langsamer erfolgt. Von Brompepton sah Verfasser deutliche Erfolge bei Krampfanfällen leichter und schwerer Hysterie und Epilepsie, bei Chorea der Kinder und Erwachsenen, bei Eclampsia infantium, als Schlafmittel bei gesteigerter Erregbarkeit des Nervensystems, wie bei Neurasthenie, Manie und Delirium tremens. Schmerzstillend wirkte dasselbe bei den lancinierenden Schmerzen der Tabiker, die ja zentralen Ursprungs sind, nämlich auf Reizung der hinteren Spinalwurzeln zu beziehen sind. Bromeigon bewährte sich gegen die Krämpfe bei akuter Alkoholvergiftung, gegen Kopfschmerzen bei Hemikranie und Neurasthenie. Die Bromeiweisskörper belästigen weder den Magen noch führen sie zu Abmagerung und Blässe wie die anorganischen Bromide. Bromeigon lässt man messerspitzweise nehmen, Brompepton wird besser, weil sehr hygroskopisch, in 20%o wässeriger Lösung tropfenweise rein oder verdünnt dispensiert, im kindlichen Alter am besten in Form von Klysmen oder als Malzextrakt (1% u. 10%).

Den innigen Zusammenhang gewisser Nervenleiden mit dem Sexualleben schildert das nun in dritter Auflage erschienene höchst wertvolle Buch von Dr. Löwenfeld (München).

Untersuchungen über den okulopupillären sensiblen Reflex von Dr. v. Várady (Wien. klin. Wochenschr. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 13). — Die Reflexneurosen der Nase von Dr. Rosenberg (Heilk. 11. H. — Med. Blätter Nr. 50). — Unterscheidungsmerkmale zwischen der reinen Supraorbitalneuralgie und dem entzündlichen Stirnhöhlenschmerz von Dr. Wellis (Münch. med. Wochenschr. Nr. 37). — Meralgia paraesthetica von Dr. Kahane (Klin.-therap. Wochenschr. Nr. 2. — Prag. med. Wochenschr. Nr. 45). — Über die elektrische Behandlung der Neuralgien und insbesonders der Trigeminusneuralgie von Dr. Bordier (Journ. d. pract. — Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 6. Bd. 4. H.). — Die Behandlung der Gesichtsneuralgie mit galvanischen Strömen von Dr. Vernay (Lyon mèd. — Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 6. Bd. 4. H.). — Bemerkungen zur physikalischen und suggestiven Behandlung der nach Unfällen auftretenden Neurosen von Dr. Laquer (Ther. d. Gegenw. 6. H. — Zeitschr f. diät. u. phys. Ther. 6. Bd. 6. H.).

Digitized by Google

— Die Extensionsmethode und ihre Anwendung bei der Behandlung der Nervenkrankheiten von Dr. Koundjy (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 6. Bd. 1. u. 2. H.). — Intraarachnoideale Enspritzungen mit Kokain gegen schmerzhafte Nervenkrankheiten von Prof. Marinescu (Spitalul. 1. H. — Schm. Jahrb. 274. Bd. 5. H.). — Prof. Brieger über hydrotherapeutische Behandlung der Ischias in der Gesellschaft der Charitéärzte zu Berlin (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 6. Bd. 1. H.). — Zur Therapie der Ischias von Dr. Küster (Münch. med. Wochenschr. — Medico Nr. 26). — Zur Behandlung der Ischias von Dr. Hölscher (Zentralbl. f. Chir. Nr. 2. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 4. H.). — Prof. Robin über Behandlung der Zitterbewegungen mit den subkutanen Injektionen von Hyoscinium bromhydricum in der Société de Thérapeutique (Münch. med. Wochenschr. Nr. 10). — Über die Behandlung von Nervenkrankheiten mit Bromeiweisspräparaten von Dr. Silberstein (Ther. Monatsh. 1. H.). — Sexualleben und Nervenleiden von Dr. Löwenfeld, Verlag von J. F. Bergmann, Wiesbaden.

Nierenchirurgie. Dr. Casper (Berlin) berichtet über seine weiteren Untersuchungen und Erfahrungen auf dem Gebiete der funktionellen Nierenuntersuchung mittelst der von ihm und P. Fr. Richter angegebenen Methode. Letztere besteht bekanntlich darin, dass man den Harn beider Nieren gleichzeitig getrennt auffängt und untersucht. Während Albumen und die körperlichen Elemente, wie weisse und rote Blutkörperchen, Cylinder, Mikroorganismen, über die anatomische Beschaffenheit des Organs belehren, kann man die funktionelle Kraft jeder von beiden Nieren aus der zu vergleichenden Menge des im Harn ausgeschiedenen N, des durch Phloridzininjektion künstlich produzierten Zuckers (Sa) und der Gefrierpunktserniedrigung des Harns messen. Bei gesunden Nieren sind die drei Werte auf beiden Seiten gleich, bei der kranken Niere sind sie stets auf der kranken Seite niedriger als auf der gesunden, und zwar dermassen, dass, je kränker die Niere, um so kleiner die Werte sind. Durch zahlreiche neue Untersuchungen hat sich Casper überzeugen können, dass die Methode auch darüber hinaus geeignet ist, bei schwierigen Fällen der Bauchchirurgie in allgemein- und in differentialdiagnostischer Hinsicht willkommene und wertvolle Unterstützung zu leisten. Einige dieser Fälle, die besonders dazu angetan sind, die vom Verfasser ausgesprochene Überzeugung zu begründen, werden mitgeteilt.

Nierenkolik und Nierenblutung, die man in alter Zeit als „essentielle Nierenkolik“ und „essentielle Nierenblutung“ oder, wenn sie zusammen auftraten, als „Nephralgia haematurica“ bezeichnete, wurden mit den Fortschritten der pathologischen Anatomie, allmählich der Bewertung als Symptome besonderer Krankheitszustände entrückt, bis in neuerer Zeit Klemperer die inzwischen von Lancereaux aufgestellte, aber in Vergessenheit geratene Erklärung annahm, dass es wirklich neuralgische Nierenschmerzen und auch Nierenblutungen durch rein nervöse Vorgänge bedingt und ohne nachweisbare anatomische Änderung gäbe. Aber auch gegen diese Auffassung beginnt neuerdings eine Reaktion einzutreten, die wesentlich von J. Israel ausging und welche, ursprünglich von diagnostischen Zwecken ausgehend, die Beschwerden bei diesen Affektionen auf die zu grunde liegende kongestive Schwellung und dadurch bedingte Spannung der Nierenkapsel zurückführen und mit Incision vorgingen. Gegen dieselbe wendet sich Prof. Senator (Berlin), indem er betont, dass Entzündung der Niere als Ursache für Nephralgia haematurica nicht bewiesen ist, dass die Spaltung der Niere kein Mittel dagegen ist und dass, wo Blosslegung mit oder ohne Spaltung geholfen hat, der Erfolg auf andere Umstände (Lösung von Verwachsungen, Anheftung der beweglichen Niere u. s. w.) zurückzuführen ist. Selbst, wenn in der Niere ein Entzündungsherd besteht, darf noch nicht die Entzündung als Ursache von Kolik und Blutung geschlossen werden. Übrigens anerkennt auch Senator den diagnostischen Wert der Nierenspaltung.

Prof. Israel (Berlin) hält daran fest, dass einseitige Entzündungen der Niere auftreten können; dafür spricht die dauernde Heilung nach einseitiger Exstirpation. Ob es sich hierbei auch um M. Brightii handelt, lässt Israel dahingestellt; immerhin ist die Rede von hämatogener Nephritis. Die Kongestion, die Israel im Sinne hat, ist nur eine

Digitized by Google

vorübergehende; deshalb kann sie bei der Operation fehlen. In einem typischen Fall hat Israel sie vorher diagnostiziert und bei der Incision festgestellt. Übrigens ist es schwer, an der Schnittfläche der lebenden Niere eine Entzündung nachzuweisen; man sollte sich mehr an die klinischen Erscheinungen halten. Dagegen muss die angioneurotische Theorie vieler sonst unerklärter Fälle von Kolik und Blutung recht energisch bekämpft werden; denn sie verhindert möglicherweise das rechtzeitige Eingreifen des Operateurs. Die Spaltung der Niere ist dagegen das beste Mittel bei Blutungen, für die sich keine Ursache findet. Die Entzündung, welche der Eingriff setzt, ist gutartig, aseptisch und zirkumskript, gefährdet also die Niere gar nicht. Misserfolge beruhen auf Missgriffen. So konnte Israel in neun unter elf Fällen grossen Nutzen erzielen.

Prof. Edebohls verfügt über eine Statistik von 18 Fällen von chirurgisch behandeltem chronischem Morbus Brightii. Fünf Kranke litten an chronischer, interstitieller Entzündung der rechten, vier an solcher der linken Niere; in vier Fällen waren beide Nieren in ähnlicher Weise verändert. Die chronische, parenchymatöse Nephritis war in zwei Fällen, der diffuse Prozess in drei Fällen, beide Nieren betreffend, zu verfolgen. In 14 Fällen wurden beide Nieren angegangen, zwölfmal einzeitig, zweimal in zwei Sitzungen. Von den vier Kranken, bei welchen nur die rechte Niere operiert wurde, wurden zwei vollkommen gesund. Die Diagnose wurde in allen Fällen auf die Anamnese, die chemische und mikroskopische Harnanalyse und schliesslich auf die Injektion und Palpation des Organes bei der Operation selbst aufgebaut. Diese Behelfe erfuhren in zwei Fällen eine weitere Komplettierung durch die histologische Untersuchung kleiner Gewebsstücke, die bei der Operation entfernt wurden. Beim Eingriffe konnte Edebohls stets die Zeichen der chronischen Entzündung an Kapsel und Parenchym verfolgen. Die rechtsseitige Nephropexie fand viermal, die doppelseitige zwölfmal ihre Anzeige, dabei wurden die Nieren wiederholt und in verschiedener Ausbreitung der Kapsel beraubt. Kortikale Cysten wurden punktiert. Edebohls steht nicht an, den Eingriff für alle Fälle in Vorschlag zu bringen, insoferne nicht den Erfolg gänzlich ausschliessende Komplikationen bestehen, und die Narkose ihre Gegenanzeigen hat. Die Betrachtung einer operierten Niere bei einer neuerlichen Freilegung ergab die Bildung festen Bindegewebes, durch welche das Organ an seine Umgebung fixiert erschien. Ferner hatten sich in diesen bindegewebigen Hüllen zahlreiche und weite Blutgefässe entwickelt, welche die Niere umrankten, unter welchen, was der besonderen Betonung bedarf, die Arterien prävalierten, und der Blutstrom seinen Weg in denselben in der Richtung der Niere nahm. Der aus diesem Faktum für den kurativen Einfluss der Dekapsulation und Nephropexie abgeleitete Schluss des Verfassers lautet dahin, dass die arterielle Hyperämisation die Rückbildung des Entzündungsprozesses bei der Brightschen Niere unterstütze. Hierbei lehnt sich Edebohls an die Behauptung Zieglers an, dass das Nierenepithel, welches infolge interstitieller Veränderungen zu grunde gegangen ist, alsbald wieder eine Regeneration erfährt und bei günstigen Zirkulationsverhältnissen selbst seine Sekretionsfähigkeit wieder zu erlangen vermag.

Prof. Krönleins (Zürich) Erfahrungen, bezüglich der Nierentuberkulose sind folgende. Von 38 Fällen wurden neun (zwei männliche, sieben weibliche) nicht operiert, sei es, dass die Operation zur Zeit nicht ratsam erschien, sei es, dass die Operation abgelehnt wurde. Von diesen neun Patienten starben sieben früher oder später an ihrem Leiden; zwei Patienten dagegen heilten dauernd und lebten noch drei und sieben Jahre nach der Entlassung ohne Erscheinungen von ihrem früheren Nierenleiden. 29 Fälle von Nierentuberkulose wurden operiert, und zwar fünf Fälle mit Konservierung der Niere (Nephrotomie und Incision perinephritischer Abscesse) mit zwei Dauerheilungen; 24 Fälle mit Exstirpation der tuberkulösen Niere. Von diesen 24 Nephrektomien starben zwei ganz desolate Fälle bald nach der Operation; die 22 anderen Fälle

Digitized by Google

überstanden den Eingriff. (Operationsmortalität = 8,3 %.) Was die Dauerresultate betrifft, welche Krönlein bei den nephrektomierten Patienten, die den operativen Eingriff überstanden hatten, feststellen konnte, so ergab sich folgendes: Eine Dauerheilung wurde in 17 Fällen (70 %) konstatiert, und zwar beträgt die Beobachtungszeit bis jetzt in einem Falle 10 1/2 Jahre, in einem Falle 10 Jahre, in zwei Fällen 6 1/2 Jahre, in einem Falle 6 Jahre, in einem Falle 5 Jahre, in einem Falle 2 1/2 Jahre, in drei Fällen 1 1/2 Jahre, in zwei Fällen 13 Monate, in einem Falle 9 Monate, in einem Falle 8 Moate, in einem Falle 7 Monate undin zwei Fällen 5 Monate. Hie und da sind die Resultate geradezu glänzende. Die Operierten sind in jeder Beziehung kerngesund und zeigen keine Spur irgend eines Krankheitssymptomes; eine Patientin hat nach der Operation 20 kg an Körpergewicht zugenommen.

Das leitende Symptom für die chirurgische Behandlung der akuten suppurativen Nephritis sind nach Prof. Lennander (Upsala) die lokalen Schmerzen und die Empfindlichkeit gegen Druck. Die Behandlung soll immer möglichst konservativ sein und sich unbedingt auf die Nephrostomie beschränken, wenn man unsicher ist, ob die andere Niere die ganze Nierensekretion zu übernehmen im stande ist. Ist der grössere Teil der Niere durch Abscesse zerstört, so wird ohne Bedenken die Nephrektomie gemacht. Von sechs Patienten, an denen Lennander die Nephrektomie mit Resektion gemacht hat, ist einer gestorben infolge eines Fehlers bei der Nachbehandlung, die übrigen befinden sich wohl. Von zwei Nephrektomierten ist eine Patientin geheilt, die zweite nach einiger Zeit gestorben, es handelte sich um Aktinomykose im kleinen Becken.

Dr. Jaffé (Posen) hat fünf Fälle von metastatischem Nierenabscess behandelt. Das hervorstechendste klinische Symptom war das Fieber. Veränderungen des Urins fehlten stets fast völlig. In einem früheren Stadium fangen die Patienten an, über Kreuzschmerzen oder über Schmerzen in der Lende zu klagen. Bei Druck tut es weniger hinten als im Bauch weh. Der Druckschmerz ist bei bimanueller Untersuchung am besten zu erkennen. Früher oder später wird eine Vergrösserung der Niere bemerkbar. Die richtige Behandlung des Abscesses besteht in der Nephrotomie. Die operierten Patienten sind alle geheilt. In einem Falle glaubte Verfasser mit der Nephrotomie nicht auskommen zu können und machte die Nephrektomie; der Patient ging zu grunde. Dies war der Patient mit Gonorrhöe, bei ihm fanden sich im Eiter Gonokokken. Bei den übrigen Geheilten fanden sich Staphylokokken.

Dr. Wilms (Leipzig) teilt einen Fall mit, der beweist, dass auch eine auf das Nierenparenchym übergegangene suppurative Nephritis mit miliaren Abscessen durch Spaltung und Drainage der Niere heilen und dass eine derartige Niere wieder normal funktionsfähig werden kann.

Prof. Beck (New-York) teilt eine neue Methode der Nephropexie mit, die darin besteht, dass die Niere einfach an einem Muskelstreifen aufgehängt wird, nachdem sie sozusagen mit einem Knopfloch versehen wurde. Bei einem an rechtsseitiger Nephroptose leidenden 24jährigen Mädchen wurde folgende Operationsmethode eingeschlagen: Schnitt nach Simon, Freilegung der Niere, vorsichtiges Herausziehen am unteren Pol soweit, dass ein Troikart von mässiger Grösse durch denselben gestochen werden konnte. Die Blutung war bei diesem Vorgehen unbedeutend. Nun wurde der Rand des Musculus spinalis dorsi eingeschnitten und ein Muskelbündel der Länge nach heruntergetrennt, so dass es unten am Muskel herunterhing. Dieser ganz aus Muskelgewebe bestehende Streifen wurde nun mittelst einer Péan'schen Zange durch das mittelst des Troikarts geschaffene Loch durchgezogen und dann wieder am Rande des Muskels, wo er entnommen war, mit einigen Jodoformseidennähten befestigt. Auf diese Weise gelang es, die Niere an einem lebendigen Aufhängeband in situ zu erhalten. Eine Reaktion trat nicht ein, Patient konnte nach zwei Wochen aus dem Hospital entlassen werden und scheint die Operation durchaus erfolgreich zu sein. Wenn die Schaf-

Digitized by Google

fung neuer Blutzufuhrbahnen wünschenswert erscheint, so kann einer solchen Indikation durch die Einverleibung gesunden Muskelgewebes auf diese Weise besonders gründlich gedient werden.

Die Verwertung der funktionellen Nierenuntersuchung für die Diagnose der Nieren- und Bauchchirurgie von Dr. Casper (Ther. Monatsh. 6. H.). — Nierenkolik, Nierenblutung und Nephritis von Prof. Senator (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 8. — Ther. Monatsh. 6. H.). — Prof. Israel über Nierenkolik, Nierenblutung und Nephritis im Verein für innere Medizin zu Berlin, (Ther. Monatsh. 3. H.). — Zur chirurgischen Behandlung des chronischen Morbus Brightii von Prof. Edebohls (Med. Rec. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 9. H.). — Prof. Krönlein über Nierentuberkulose am klinischen Ärztetage in Zürich (Zentralbl. f. d. ges. Ther. 7. H.). — Wann kann akute Nephritis, mit Ausnahme der tuberkulösen, Veranlassung zu chirurgischen Eingriffen geben, und zu welchen? Von Prof. Lennander (Mitt. a. d. Grenzgeb. 10. Bd.). — Zur Chirurgie des metastatischen Nierenabscesses von Dr. Jaffé (Mitt. a. d. Grenzgeb. 9. Bd. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 25). — Über Spaltung der Niere bei akuter Pyelonephritis mit miliaren Abscessen von Dr. Wilms (Münch. med. Wochenschr. Nr. 12). — Eine neue Methode der Nephropexie von Prof Beck (New-York med. Journ. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 7).

Nierenkrankheiten. Prof. Senator (Berlin) formuliert die alte Brightsche Theorie bezüglich der Herzhypertrophie bei Nierenkrankheiten auf Grund der neuen Darstellung folgendermassen: Die Zunahme der molekularen Elemente im Blute führt zu einem Reiz auf die Gefässe und das Herz und zur Schädigung der Gefässwände. Bei der von dieser Zunahme weniger betroffenen chronischen Nephritis kommt es infolgedessen zur erhöhten Durchlässigkeit der Gefässe und zum Hydrops, einer Art Selbsthilfe des Organismus; bei dieser Affektion findet sich daher auch seltener und weniger stark die Herzhypertrophie. Bei genügend langer Dauer des Lebens verdicken infolge des anhaltenden Reizes die Gefässe und verengern sich. Dieses Stromhindernis bildet einen Reiz für das Herz, welches nunmehr hypertrophiert. Bei der Schrumpfniere führen die reichlicher vorhandenen abnormen Stoffe frühzeitig zu Gefässkontraktionen und Gefässverengerungen und damit zu einem Reiz auf das Herz, darum auch früher und stärker zur Herzhypertrophie.

Prof. Strauss berichtet über Untersuchungen, welche er an Prof. Senators Klinik über die Retentionen im Blutserum und den Gewebssäften unter normalen und pathologischen Bedingungen, insbesondere bei chronischen Nephritiden, ausgeführt hat. Er hat mehr als 200 grösstenteils von Nephritikern stammende Blutsera und Transsudate auf den Retentions- oder Reststickstoff untersucht, der nach Entfernung des Eiweisses in der Lösung zurückblieb und weiterhin auch quantitative Bestimmungen der Harnsäure und des Ammoniaks in den genannten Körperflüssigkeiten vorgenommen. Ausserdem hat er noch Bestimmungen des Kochsalz- und Aschegehaltes und auch der molekulären Konzentration, sowie der Serotoxizität an den betreffenden Flüssigkeiten ausgeführt. Verfasser hat den Retentions-, bezw. Reststickstoff, sowie den Harnsäure- und Ammoniakgehalt bei den Fällen von chronisch interstitieller Nephritis bedeutend höher (meist mehr als doppelt so gross) gefunden als bei normalen Fällen oder bei Fällen mit chronisch parenchymatöser Nephritis. Dabei war der Harnsäure- und der Ammoniakgehalt meist absolut, aber kaum je prozentual erhöht, wenn es sich nicht gerade um Fälle von Urämie handelte, bei welcher Verfasser zuweilen eine einseitige, durch eine Acidose bedingte Vermehrung des Ammoniaks beobachten konnte. Der Salz- und Aschegehalt schwankte innerhalb nur geringer Grenzen und zeigte keine zur Nephritis oder zu einer bestimmten Art derselben konstante Beziehung. Die molekuläre Konzentration der Blutflüssigkeit war bei den Fällen von chronisch parenchymatöser Nephritis nicht erhöht; auch bei den Fällen von chronisch interstitieller Nephritis war sie meist normal oder nur im geringen Grade erhöht. Dagegen zeigte sich bei der Urämie meistens, aber nicht durchgehends, eine Erhöhung der molekulären Konzentration der Blutflüssigkeit. Die Serotoxizität zeigte sich bei den Fällen von chronisch interstitieller Nephritis grösser als bei den Fällen von chronisch parenchymatöser Nephritis.

Prof. Robin gelangte bezüglich des Regimes der Albuminuriker zu fol-

Digitized by Google

genden Schlusssätzen, Die absolute Milchdiät und die laktovegetabile Kost und die laktoanimale Diät geben gewöhnlich weniger Eiweiss als Kompositionen, denen Milch fehlt. Die Eiweissmenge wächst, wenn Wein an die Stelle von Milch tritt. Die Ernährung mit Eiern liefert weniger Albumin als Fleischregime. Eine aus Eiern und Milch zusammengesetzte Kost gibt oft weniger Albumin als absolute Milchdiät. Unter den Fleischarten bekommen dem Patienten Kalbs- und Ochsenfleisch besser als Huhn- und Hammelfleisch. Fisch scheint die Albuminurie stets zu steigern. Unter den Vegetabilien geben die Kartoffeln, der Blumenkohl und Reis am wenigsten Eiweiss. Brot hat als Beigabe keinen Einfluss auf die Albuminurie.

Dr. Kaufmanns und Dr. Mohrs Mitteilung bestätigt v. Noordens Anschauung, dass es bei Nierenkrankheiten, wenn man überhaupt Fleisch in besonderen Fällen für zulässig hält, gleichgültig ist, was für Fleisch man den Kranken gibt, dass im besonderen das weisse Fleisch keine Vorzüge vor dem Dunkeln hat. Autoren haben aus dieser grösseren Freiheit, die sie den Nierenkranken gestatten, klinisch niemals einen Nachteil für die Patienten entspringen gesehen, dagegen häufig entschiedene Vorteile, indem Patienten, die durch die Einseitigkeit der Kost zu schlechten Essern geworden waren, unter der grösseren Abwechselung wieder besseren Appetit bekamen und in kurzer Zeit zu grösseren Kräften gelangten.

Nach Dr. Edgren nimmt der Albumengehalt des Harns von Nephritikern unter dem Einfluss der allgemeinen Körpermassage nicht unerheblich zu. Widerstandsbewegungen der Arme haben sich denen der Beine in bezug auf die Eiweissausscheidung als fast gleichwertig erwiesen. Darum sollten Widerstandsbewegungen oder allgemeine Körpermassage nie verordnet werden, ohne dass man bestimmt weiss, dass der Patient nicht an Albuminurie leidet, oder dann wenigstens mit grösster Vorsicht ausgeführt werden. Auch dürfte es vielleicht ratsam sein, den Versuch, die Ödeme der Nephritiker durch Massage zu beseitigen, wenn nicht ganz zu unterlassen, so doch ebenfalls nur mit Vorsicht und unter beständiger Kontrolle des Urins zu machen.

Für die Therapie der akuten Nephritis kommt es nach Prof. Rosenstein (Leiden) darauf an, einerseits durch diätetische Massregeln alle Einflüsse zu vermeiden, welche den natürlichen Ablauf stören können, andererseits diejenigen Zustände zu bekämpfen, welche einen gefährlichen Charakter annehmen können, wie die Wassersucht, die Oligurie, die Urämie. An die Spitze zu stellen sind demnach Bettruhe und blanke Diät; für die erste Woche Milch, Wassersuppen, Haferschleim, geringe Mengen alkalischer Säuerlinge, Limonade; für die zweite oder dritte Woche, wenn die Diurese reichlicher geworden, neben der Milch, deren tägliche Menge auf 1—1½ Liter zu begrenzen ist, auch Mehlspeisen und junge Gemüse; später auch weisses Fleisch und Fleischbrühe. Daneben ist Sorge zu tragen für tägliche Stuhlentleerung, ferner für Hauptpflege in Form lauwarmer Bäder. Von Arzneimitteln können zur Anregung der Diurese höchstens die mildesten herangezogen werden, wie Baccae juniperi, Aqua petroselini, Ononis spinosa, auch in Verbindung mit Cremor tartari oder Kalium aceticum. Diuretin wirkt günstig, verursacht aber leicht Nebenwirkungen. Pilokarpin darf nur mit grösster Vorsicht versucht werden. Weit vorzuziehen ist die Erzeugung der Schweisssekretion durch heisse Wasser- oder Luftbäder. Gegen hochgradige hydropische Ergüsse sind Incisionen und Punktionen anzuwenden. Zur Bekämpfung der urämischen Erscheinungen suche man schon bei den ersten drohenden Zeichen, besonders bei gleichzeitiger Herzschwäche, durch Digitalis oder Diuretin die Diurese zu steigern, und wenn der Puls sich hebt oder nicht schwach war, durch reichliches Schwitzenlassen die Wasserabscheidung durch die Haut zu befördern. Bei gespanntem, vollem Pulse und kräftigen Individuen soll der Aderlass zu seinem Rechte kommn, mit nachfolgender subkutaner Infusion von steriler Kochsalzlösung. Das im Anfange der Urämie auftretende Erbrechen darf nur, wenn es hartnäckig ist, bekämpft werden, da es eine vikariierende Bedeutung haben

Digitized by Google

kann. Gestillt wird es durch Eisstückchen, Selters, kleine Morphiumgaben. Auch nach Ablauf der Erkrankung ist eine weitere Überwachung des Patienten und eine häufigere Untersuchung des Harnes notwendig. Das erkrankt gewesene Organ bleibt ein Locus minoris resistentiae; von vollkommener Heilung kann erst gesprochen werden, wenn dauernd und auch nach reichlicher aktiver Bewegung keine Spur von Eiweiss mehr im Urin auftritt. Der Genesene muss noch für lange Zeit seine Lebensweise so regeln, dass er im Gebrauch von Nahrungs- und Genussmitteln alles vermeidet, was die Nieren besonders reizt, wie stark gewürzte Speisen, Übermass von Fleisch und Eiern, alle spiritiösen Getränke, dass er die Pflege der Haut durch geregelten Gebrauch lauwarmer Bäder unterhält, und, obschon der Jahreszeit entsprechende, doch im ganzen warme Kleidung wähle. Denn auch die akute Nephritis kann rezidivieren.

Nach Prof. v. Noorden (Frankfurt a. M.) sind Kranke mit Schrumpfnieren durchaus wie Herzkranke zu behandeln. Dabei legt er den Hauptwert auf vernünftige Beschränkung der Flüssigkeitszufuhr. Sie soll in den Früh- wie in den Spätstadien der Krankheit $^5/_4$ l nicht überschreiten, alles was fliesst eingerechnet, wobei aber die Flüssigkeitsbeschränkung nicht plötzlich, sondern allmählich vor sich gehen soll. Technisch erheben sich da freilich oft nicht unbeträchtliche Schwierigkeiten. Die Ausscheidung der harnfähigen Substanzen ist nach den Beobachtungen v. Noordens hier in der Regel nicht gehemmt. Um jedoch mit Sicherheit dieser Eventualität aus dem Wege zu gehen, empfiehlt er, wöchentlich einmal einen „Trinktag" einzuschalten, an dem die Flüssigkeitszufuhr völlig freigegeben wird. Auch von vorübergehenden Trinkkuren kann gelegentlich Gebrauch gemacht werden, sei es an natürlichen Quellen mit geeigneten Mineralwässern, sei es zu Hause in zwei bis dreimonatlichen Pausen. Bei Komplikationen der Schrumpfniere mit echter Gicht sind dieselben Vorschriften einzuhalten. Bei Kranken, die gleichzeitig zu harnsauren Konkrementen neigen, empfiehlt er öftere Einschaltung eines „Trinktages" und alle zwei Monate Einschaltung einer „Trinkwoche". Die diätetischen Vorschriften sind der Erfahrung, dass in den langdauernden Stadien ungestörten Allgemeinbefindens der Schrumpfnierenkranken die Ausscheidung der harnfähigen Produkte nicht wesentlich gestört ist, zu adaptieren. Verfasser empfiehlt Schrumpfnierenkranken dringend Alkoholabstinenz, abgesehen von kleinen Konzessionen in Fällen, wo der völligen Alkoholentziehung Ernährungsstörungen folgen.

Bei der chronischen Nephritis soll nach Prof. v. Strümpell (Erlangen) der Zustand des Herzens ganz besonders beachtet werden. Eine leichte andauernde Herzschwäche ist schon mit andauernder Ruhe und Schonung, kohlensauren Bädern und lange Zeit fortgesetzten kleinen Gaben von Fol. Digitalis (dreimal täglich 0,05) zu behandeln. Bei Hydrops mit Herzinsufficienz zeigt sich Diuretin mit Digitalis kombiniert von Nutzen. Dasselbe ist in folgender Weise zu verabreichen:

Rp. Pulv. Fol. Digital. 0,1
Diuretini 1,0—1,5
M. f. pulv. D. S. dreimal täglich ein Pulver.

Bei urämischen Zuständen, auch bei beginnendem urämischen Lungenödem erwies der Aderlass sich zu wiederholten Malen nützlich. Gegen das dyspnoische Beklemmungsgefühl bei Urämie bewährt sich die vorsichtige Anwendung des Morphiums.

Dr. Springers Erfahrungen, die er an Prof. Ganghofners Klinik in Prag gemacht hat, sprechen dafür, dass bei Urämie im Verlaufe der skarlatinösen Nephritis auch an Kindern, besonders in Fällen mit schweren Cerebralerscheinungen und gespanntem harten Pulse, sich die Vornahme der Venaesektion in Verbindung mit subkutaner Infusion von Kochsalzlösung in der Tat sehr empfiehlt. Man hat in der Blutentziehung wenn auch kein absolut sicheres, so doch immerhin ein meistens sehr günstig wirkendes, auch in der häuslichen Praxis anwendbares Mittel, das jedenfalls verlässlicher und rationeller ist, als die Anwendung von Narcoticis, insbesondere

Digitized by Google

als die üblichen Chloroforminhalationen, nur zu oft im Stiche lassen und von manchen Autoren ganz verworfen werden. Die Wirkung des Aderlasses zeigte sich in der Sistierung der Krämpfe, in der Rückkehr des Pulses zu regelmässigem Verhalten, in der Steigerung der Diurese, in der Verringerung der Eiweissausscheidung, in der Abnahme der Temperatur zwölf Stunden nach dem Aderlasse. Leichte urämische Erscheinungen, die bei schwereren Scharlachnephritiden auftreten, gehen auch ohne Eingriff zurück; bei ausgesprochenen schweren urämischen Symptomen sollte man aber mit der Anwendung des Aderlasses nicht lange säumen.

Zur Herausbeförderung von Nierensteinen empfiehlt Prof. Klemperer (Berlin) die Streichung der Ureteren und die Erschütterung der Nierengegend. Die Ureterenmassage wird so angewendet, dass man den Patienten auf die schmerzfreie Seite lege, unter Zurückdrängung der Därme bei tiefster Inspiration von der hochgelagerten Seite aus den unteren Nierenpol aufsucht und nun etwas einwärts von demselben mit mässigem Druck die neben der Wirbelsäule eindringenden Fingerspitzen langsam nach abwärts schiebt, während man mit der anderen Hand von der Lende aus einen Gegendruck ausübt. Die Streichung wird etwa zehnmal hintereinander ausgeführt; sie wird meist gut und ohne erhebliche Steigerung der Schmerzen vertragen; einige Male trat danach Blut im Urin auf, das aber bald wieder verschwand. Autor habe dieses Streichen der Ureteren seit Jahren bei jedem Patienten mit unkomplizierter Nierenkolik ausgeführt, bezw. angeraten, der nicht zu fett war. Die Erschütterung der Nierengegend, am besten als maschinelle Vibrationsmassage, wendet Autor bei solchen Patienten an, die mehrfach Koliken durchgemacht haben, ohne dass Steine herausgekommen sind. In solchen Fällen sucht Autor durch die Vibrationsmassage neue Koliken hervorzurufen, um durch dieselben eventuell den Stein herauszubringen. Autor hatte zehnmal Gelegenheit, die Vibrationsmassage in solchen Situationen anzuwenden; zweimal trug sich gar nichts danach zu, der Zustand der Patienten blieb in jeder Weise unverändert; achtmal traten richtige Koliken ein, von ein- bis dreitägiger Dauer und sechs der Patienten hatten die grosse Freude, einen Stein zu verlieren.

Wer sich über den jetzigen Stand der Nierenpathologie informieren will, der wird es am besten unter Zuhilfenahme der zweiten Auflage von Prof. Senators Buche: „Die Erkrankungen der Nieren" tun, dem alle Vorzüge einer guten Monographie anhaften.

Prof. Senator über die Herzhypertrophie bei Nierenkrankheiten im Verein für innere Medizin zu Berlin (Münch. med. Wochenschr. Nr. 46). — Zur blutreinigenden Funktion der Nieren von Prof. Strauss (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 23). — Bermerkungen zum Regime der Albuminuriker von Prof. Robin (Bullet. gén. de thér. — Zeitschr. f. diät. u phys. Ther. 6. Bd 3. H.). — Über die Anwendung der verschiedenen Fleischsorten bei Nierenkranken von Dr. Kaufmann und Dr. Mohr (Zeitschr. f. klin. Med. 5. u. 6. H. — Schm. Jahrb. 274. Bd. 5. H.). — Der Albumengehalt der Nephritiker unter dem Einfluss der Massage von Dr. Edgren (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 9. — Schm. Jahrb. 274. Bd. 5. H.). — Über akute Nierenentzündung von Prof. Rosenstein (Deutsche Klinik, 20. u. 21. H. — Allg. med Zentral-Ztg. Nr. 16). — Die Behandlung der akuten Nierenentzündung und der Schrumpfniere von Prof. v. Noorden (Samml. klin. Abh — Ther. d. Gegenw. 2. H.). — Die Pathologie, Diagnose und Behandlung der chronischen Nephritis von Prof. v. Strümpell (Deutsche Klinik 20. u. 21. H. — Ther. Monatsh. 6. H.). — Venaesectio bei Urämie im Verlaufe der postskarlatinösen Nephritis von Dr. Springer (Prag. med. Wochenschr. — Medico Nr. 12). — Die Behandlung der Nierensteinkrankheit von Prof. Klemperer (Ther. d. Gegenw. 12. H.). — Die Erkrankungen der Nieren von Prof. Senator. Wien, Verlag von A. Hölder, 1902

O.

Ösophaguskrankheiten. Prof. Rosenheim berichtet in der medizinischen Gesellschaft zu Berlin über einige Fälle von idiopathischer Speiseröhrenerweiterung. Die Symptome derselben sind: Deglutitionsbeschwerden, Husten,

Digitized by Google

zumal im Liegen, krampfhafte Schmerzen, zuweilen Atemnot, Beklemmungen, Foetor ex ore, Aufstossen, Übelkeit, Erbrechen, Appetitlosigkeit. Die Diagnose wird mit der Sonde gestellt, wenn sich schon, ehe diese die Cardia passiert haben kann, Speisereste entleeren und nach Eindringen in den Magen neuerdings Speisebrei mit den Zeichen der Magenverdauung herausbefördert wird. In solchen Fällen ist die Sonde überdies auffallend beweglich innerhalb des Ösophagus. Kommt man damit nicht zum Ziel, so muss man zum Ösophagoskop greifen. Eventuell kann man mit Röntgenstrahlen durchleuchten, doch gibt nach Rosenheim dieses Verfahren keinen weiteren Aufschluss, als die Sondierung. Die Differentialdiagnose zwischen Divertikel und Dilatation ist oft sehr schwierig; er selbst habe noch kein Divertikel gesehen und hält die Dilatation für das häufigere Vorkommnis. Für die Therapie sei die Unterscheidung beider gleichgültig. Die Behandlung ist eine rein symptomatische: Ausspülungen morgens und abendliche Berieselung des Sackes, Kohlensäureduschen, Spülungen mit Arg. nitr. 0,5—2,0 : 1000; eventuell lokale Ätzung mit stärkerer Lösung im Ösophagoskop. Die Diät ist wohl auszusuchen. Im allgemeinen werden nicht so fein verteilte Speisen besser geschluckt, als breiige; also kleingeschnittene Maccaroni, nicht zu weich gekochter Reis, gehacktes Fleisch. Die Getränke werden bald warm, bald kalt bevorzugt. Der Kardiospasmus wird mit Sondierung behandelt, die aber in der Hand des Patienten schaden und selbst lebensgefährliche Perforationen herbeiführen kann. Manchmal empfiehlt sich langdauernde Rektalernährung, um den Ösophagus zu schonen. Für die Sondierung empfiehlt sich die Schreibersche Ballonsonde bezw. eine von ihm modifizierte, mit Wasser aufzublähende Sonde.

An der Hand von drei Fällen empfiehlt Prof. Turner (St. Petersburg) zur Beseitigung von undurchgängigen Ösophagusstenosen die Gastrostomie beziehungsweise die Gastropexie. Verfasser ist der Ansicht, dass bei der Anlegung der Magenfistel eine adhäsive Verwachsung der serösen Fläche der vorderen Magenwand mit der der vorderen Bauchwand eintritt. Dadurch wird die vordere Magenwand nach unten gezerrt und hier so fixiert, dass die im unteren Ösophagusteil (infolge von Ätzungen etc.) entstandenen Falten ausgeglättet und beseitigt werden.

Dr. Teleky (Wien) wandte das Thiosinamin behufs Dehnung, resp. Erweichung alter Narben des Ösophagus an. Er hat täglich drei Teilstriche einer 15% alkoholischen Lösung des Thiosinamins unter die Rückenhaut injiziert. Einige Fälle verliefen überaus günstig. So wurde eine Frau, welche eine 25 Jahre alte Narbenstriktur des Ösophagus hatte, nach längerer und erfolgloser Bougierung, in der obenerwähnten Weise zehnmal eingespritzt, ohne hiebei weiter bougiert zu werden. Sie wurde geheilt und blieb es nun schon zwei Jahre lang. In gleicher Weise wurde ein Knabe mit mittelschwerer Ösophagusstriktur nach Kalilaugevergiftung schon durch sechs derlei Injektionen — ohne weitere Bougierung — geheilt. Bei einem dritten Falle (wieder ein Knabe mit einer Striktur, welche erst sieben Wochen bestand) trat anfangs wesentliche Besserung, sodann auffallende Verschlimmerung ein, weshalb die Bougierung ohne Ende eingeleitet werden musste. Es scheint also, dass frischere Narben (jünger als sechs Monate) dieses Mittel kontraindizieren, ebenso möge man es nicht in Gebrauch ziehen, wenn nicht vollkommen verheilte tuberkulöse Prozesse oder irgend welche Entzündungsherde bestehen. Das Thiosinamin an sich dehnt die Ösophagusstriktur nicht, es macht bloss die Narbe dehnbar und der die Speiseröhre passierende Bissen erweitert die verengte Stelle.

Einen künstlichen Ösophagus konstruierte Dr. Spiegel (Wien). Das Prinzip des Apparates besteht darin, dass der Ösophagus dicht oberhalb der Clavicula, nach gemachter Ösophagostomie, mittelst eines über die Brust laufenden Schlauches mit der Magenfistel in Verbindung gesetzt wird; der Schlauch selbst besitzt eine kleine, den Vorgang der Peristaltik nachahmende Walze, mittelst welcher der von dem Kranken vorher gekaute und nach dem Schmecken geschluckte Speisebrei in den Magen hin-

Digitized by Google

abgedrückt wird. Anwendung dürfte der Apparat in den Fällen finden, in welchen eine Ernährung durch die Magenfistel für lange Dauer oder vielleicht für Lebenszeit nötig ist und Bedürfnis besteht, den Kau- und Schluckakt nicht auszuschalten.

Die absolute Indikation zu einem blutigen Eingriff bei Vorhandensein eines Fremdkörpers in der Speiseröhre hält Dr. Dobbentin (Berlin) gegeben: 1. in allen Fällen, in denen man mit anderen Mitteln nicht zum Ziele gelangt; 2. bei Blutungen; 3. bei den Symptomen einer bestehenden Phlegmone. Relativ indiziert ist die Operation ferner bei besonders grossen und scharfen Fremdkörpern und bei längerem Verweilen der Fremdkörper in der Speiseröhre.

Prof. Rosenheim über die idiopathische Speiseröhrenerweiterung in der Berliner med. Gesellschaft (Münch. med. Wochenschr. Nr. 9). — Über die Behandlung von Ösophagusstenosen von Prof. Turner (Woj.-med. Journ. Nr. 1. — Ther. d. Gegenw. 4. H.). — Dr. Teleky über Erfahrungen mit Thiosinamin in der Gesellschaft der Ärzte in Wien (Münch. med. Wochenschr. Nr. 4). — Ein künstlicher Osophagus von Dr. Spiegel (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 5). — Über Fremdkörper in der Speiseröhre von Dr. Dobbertin (Arch. f. klin. Chir. 66. Bd. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 14).

Ohrenkrankheiten. Die Aufgaben bei der Behandlung der akuten einfachen und der perforativen Mittelohrentzündung sind nach Prof. Bezold (München): 1. Die Krankheitsprodukte möglichst vollkommen zu entfernen; 2. jede Neuinfektion der erkrankten Höhlen hintanzuhalten; 3. dauernd möglichst günstige Abflussbedingungen zu schaffen. Die erste Aufgabe erfüllt die Luftdusche, für deren uneingeschränkte Anwendung auch bei akuter Entzündung Bezold eintritt und bei stärkerer Sekretansammlung die Paracentese des Trommelfells (das Sichelmesser ist wegen möglicher Verletzung des Bulbus venae jug. zu vermeiden). Auch der Paracentese lässt er regelmässig die Luftdusche und zwar zunächst vom äusseren Gehörgang, später von der Nase aus folgen. Um der zweiten Aufgabe zu genügen, macht Bezold täglich einmal eine Injektion mit 4%iger Borsäurelösung, worauf die Luftdusche und gründliche Austrocknung mit watteumwickelter Sonde unter Spiegelkontrolle folgt. Während des Abtupfens hat der Patient wiederholt den Valsalvaschen Versuch zu machen, um auch die Paukenhöhle zu entleeren. Bei grösseren Perforationen im Verlauf von Scharlach, Tuberkulose etc. ist ein stärkerer Stempeldruck der Spritze zu vermeiden. Wenn Druckempfindlichkeit vorhanden ist, verwendet Bezold den Eisbeutel, keine Kataplasmen, auch keine Blutegel. Unter der Borsäurebehandlung wird das Sekret niemals fötid und bleiben die Gehörgangswände vollkommen reizlos. Um der dritten Indikation zu genügen, ist die Trommelfellöffnung öfters nach abwärts zu erweitern, Wucherungen auf derselben zu spalten, eventuell mit der Schlinge abzutragen oder eine neue Öffnung im Trommelfell anzulegen. Ätzungen und Galvanokaustik vermeidet Autor am Trommelfell. Wenn die akute Mittelohreiterung trotz korrekter Behandlung länger als zwei Monate andauert, so hält Bezold die Annahme einer Komplikation für gesichert und macht die Eröffnung des Warzenteils, auch zögert er nicht mit der Eröffnung bei Schwellung der äusseren Weichteile, insbesondere unterhalb des Warzenfortsatzes. Im letzteren Falle liegt die Durchbruchstelle des Eiters am Boden des Warzenfortsatzes manchmal so tief, dass man bis zum Bulbus ven. jug. vorgehen muss. Ausspülungen der Mittelohrräume durch den in die Tube eingeführten Katheter verwirft er bedingungslos; auch über die schädlichen Wirkungen der gegenwärtig vielfach geübten trockenen Gehörgangstamponade teilt Bezold eine Reihe von Beobachtungen mit.

Prof. Körner (Rostock) übt folgende Behandlungsweise der akuten Mittelohrentzündung. Die Vornahme der Parazentese wird nötig, sobald ein entzündliches Exsudat in der Paukenhöhle erkennbar ist; wenn erst die Symptomentrias: Vorwölbung des Trommelfells, Fieber und Schmerzen vorhanden ist, gibt es keine Entschuldigung mehr für die Unterlassung der Paracentese. Nach derselben wird der Gehörgang mit einem Gazestreifen drainiert und ein aufsaugen-

Digitized by Google

der Verband angelegt. Der Versuch, den Gehörgang vor der Paracentese zu desinfizieren, ist ganz vergeblich und unterbleibt deshalb. Gegen die Sekundärinfektion vom Gehörgange aus schützt der aseptische Verband, wie die Erfahrung lehrt, mit fast absoluter Sicherheit. Bettruhe ist erforderlich. Auch die kranke Paukenhöhle muss in Ruhe gelassen werden, namentlich dürfen keine Lufteintreibungen von der Tube aus vorgenommen werden. Es ist dafür Sorge zu tragen, dass der Abfluss des Eiters durch die angelegte Trommelfellöffnung durch nichts behindert wird. Aseptische Ausspülungen des Gehörganges sind nur bei sehr zähem, schleimig-eitrigem Sekrete notwendig. Therapeutische Massnahmen ausser am Warzenfortsatze (Blutegel, Jodanstrich) bringen keinen Nutzen, sondern machen Hautentzündungen, die eine etwa komplizierende Mastoiditis verbergen. Bei starker Schmerzhaftigkeit und Periostschwellung am Warzenfortsatze wird Eis appliziert, jedoch nur in sehr schweren Fällen, da die Anwendung des Eises den Verband unmöglich macht, der schon aus Reinlichkeitsgründen notwendig ist. Von 78 auf solche Weise behandelten Fällen ist nur einer, der durch eine Gehörgangsstenose kompliziert war, chronisch geworden. Die anderen sind alle mit Verschluss der Trommelfellöffnung und völliger Erhaltung des Gehörs geheilt. Es zeigte sich, dass die Heilung um so schneller erfolgte, je früher die Paracentese gemacht worden war. Dass die frühzeitige Paracentese den besten Schutz gegen eine Mastoiditis gewährt, zeigt folgende Erfahrung. Von 90 im gleichen Zeitraume operierten Mastoiditiden waren nur 19 paracentesiert worden und von diesen nur vier rechtzeitig, d. h. am ersten oder zweiten Tage. Und in einer ununterbrochenen Reihe von 405 operierten akuten und chronichen Mastoiditiden waren nur 43, bei denen die Paracentese gemacht waren war. In dem gleichen Zeitraum sind in der Klinik mehr als 1200 Paracentesen gemacht worden. Wäre die Paracentese ein nachteiliger Eingriff, so müssten viel mehr vorher paracentesierte Mastoiditiden beobachtet worden sein, da in Rostock und in ganz Mecklenburg keine Konkurrenzklinik besteht, an die sich etwa die ungünstigen Fälle gewandt haben könnten.

Zur Behandlung der chronischen eitrigen Otitis media verwendet Dr. Gaudier Methylenblau, insbesondere in hartnäckigen Fällen bei Kindern, bei welchen antiseptische Spülungen erfolglos geblieben sind. Er gebraucht eine Lösung von 1: 500. Nach vorheriger Ausspülung des Gehörganges mit warmem Wasser und gründlicher Abtrocknung tröpfelt er in den Gehörgang 15—20 Tropfen der lauwarmen Lösung ein und belässt dieselbe ungefähr fünf Minuten im Ohre, während welcher Zeit der Kranke 2—3 mal den Valsalva langsam machen muss, indem er bei geschlossenem Munde durch die Nase Luft in die Trommelhöhle einbläst. Von neun so behandelten Kranken wurden sieben durch die Anwendung obiger Prozedur innerhalb 25—30 Tagen geheilt. Der Vorteil dieser Behandlung gegenüber den anderen Methoden liegt darin, dass die Sekretion besser und rascher desodorisiert wird und früher abnimmt. Ein Nachteil des Verfahrens ist die Blaufärbung, daher nach jeder Behandlung eine sorgfältige Reinigung erforderlich ist.

Die Behandlung des chronischen trockenen Mittelohrkatarrhs durch Sitzungen in der pneumatischen Kammer empfiehlt Dr. Hamm (Braunschweig). Autor hat diese Behandlung bei acht Fällen angewendet. Eine vorübergehende Besserung zeigte sich in allen Fällen. Irgendwelche nachteilige Folgen sind nicht zur Beobachtung gekommen, lassen sich auch jedenfalls bei vorsichtigem Ansteigen und Abnehmen des Luftdruckes vermeiden. Die Dauer der Sitzung betrug $1^1/_2$ Stunden, von denen 25 Minuten auf das Ansteigen und 40 Minuten auf das Heruntergehen verwendet wurden. Ein grosser Vorzug des Verfahrens ist, dass es auch bei grossen Perforationen oder Fehlen des Trommelfelles angewendet werden kann. Vielleicht wird sich nach Radikaloperationen, wenn die Eiterung beseitigt und noch ein Rest Gehörvermögen vorhanden ist, eine Luftdruckbehandlung empfehlen. Jedenfalls sei das pneumatische Kabinett den bisherigen Methoden überlegen, da es in mehreren Fällen

Digitized by Google

geholfen hat, wo jene versagten. Die Dauer einer Kur schwankt zwischen 25 und 40 Sitzungen. Anfänglich hat Hamm die Patienten unter einem Überdrucke von $^1/_2$, später $^1/_1$ und zeitweilig $1^1/_2$ Atmosphären sitzen lassen, am günstigsten scheint 1 Atmosphäre zu wirken. Es scheint, als ob in den dauernd beeinflussten Fällen noch eine günstige Nachwirkung eintritt.

In der Voraussetzung, die Ursache des Ohrschwindels wäre eine rein mechanische, entfernt Dr. Burnett den Ambos in der Absicht, dadurch eine Entlastung des Steigbügels zu erzielen. Die Operation selbst beschreibt er in folgender Weise: In Äthernarkose, nach Desinfektion des äusseren Gehörganges, beginnt der Einschnitt am Trommelfell dicht hinter dem Processus brevis, führt längs der Peripherie nach hinten unten bis unterhalb einer horizontal durch den Umbo gezogenen Linie. Der so gebildete Lappen wird mit Hilfe einer Sonde nach innen gegen das Promontorium geschlagen. Auf diese Weise wird das Amboss-Steigbügelgelenk sichtbar. Nun folgt die Trennung der Gelenkverbindung zwischen Amboss und Steigbügel. Die Entfernung des Amboss erfolgt in der Weise, dass der lange Ambossschenkel mit einer Zange gefasst und vorsichtig nach unten und aussen gezogen wird. Burnett hat die Operation in 27 Fällen von Ohrschwindel ausgeführt; immer mit gutem Erfolg. Er hat nur bei hochgradigem und schon lange bestehendem Schwindel operiert.

Die Bestrebungen eines lokalen Anästhesierung der Ohres haben nach Prof. Haug (München) noch keine glänzenden Resultate gezeitigt. Kokainlösungen, mit oder ohne Morphin, in Wasser oder in Wasser, Alkohol und Glycerin sind unsicher. Bonains Gemenge von reiner Karbolsäure und Menthol mit Kokain ätzt stark und anästhesiert mangelhaft. Bessere Resultate liefert die Albert Graysche Mischung

Cocaini muriatici	0,5
Ol. Anilini	
Alkohol. absoluti	āā 5,0.

Aber auch deren Wirkung ist nicht immer zufriedenstellend. Schliesslich ist Haug dazu gelangt, auf lokale Anästhesierung des Ohres meistens zu verzichten und speziell die Paracentese ohne sie auszuführen. Nicht ohne Nutzen ist nach Haug noch das Orthoform, das einige Zeit vor der Operation auf die zu behandelnde Partie aufgeblasen und nachher wieder entfernt werden muss, um das Gesichtsfeld frei zu bekommen. Die Schleichsche Infiltrationsmethode, Nirvanin und der Chloräthersprav sind im Meatus sehr schmerzhaft.

Prof. Bezold und Prof. Körner über die Behandlung der akuten Mittelohrentzündung auf dem deutschen Otologenkongresse zu Trier (Münch. med. Wochenschr. Nr. 23). — Behandlung der chronischen eiterigen Otitis media von Dr. Gaudier (Klin.-therap. Wochenschr. — Med. Neuigk. Nr. 4). — Die Behandlung des chronischen trockenen Mittelohrkatarrhs durch Sitzungen in der pneumatischen Kammer von Dr. Hamm (Münch. med. Wochenschr. Nr. 5. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 3. H.). — Chronischer Ohrschwindel, sein Mechanismus und seine chirurgische Behandlung von Dr. Burnett (Zentralbl. f. d. ges. Ther. 8. H.). — Über die Verwendung lokalanästhetisch wirkender Mittel bei Eingriffen am Trommelfell und Gehörgang von Prof. Haug (Arch. f. Ohrenheilk. 55. Bd. — Ther. Monatsh. 10. H.).

Organotherapie. Prof. v. Poehl (St. Petersburg) sprach im Verein für innere Medizin in Berlin über die Rolle der Katalysatoren des Organismus. Dieselbe besteht nach Ostwald darin, eine chemische Reaktion in ihrem zeitlichen Verlaufe zu beeinflussen, entweder positiv, d. h. sie zu beschleunigen oder negativ, d. h. sie zu verlangsamen. Der Katalysator bleibt dabei unverändert und wird nicht verbraucht. Von solchen katalytischen Wirkungen macht die chemische Technik Gebrauch und solche spielen auch im Organismus eine Rolle (Diastasewirkung, Pepsinwirkung). Auch die Wirkung des Sauerstoffs im Organismus sei ohne Hinzutreten eines Katalysators nicht zu verstehen, da die Temperatur zu seiner Bindung sonst zu niedrig wäre. Es war auch schon das Bestreben der Physiologen, eine Oxydase darzustellen; das Hystosin und Muskulamin stellen die problematischen Resultate solcher Bemühungen dar. Auch das Spermin des Vortragenden sei ein solcher Katalysator, der eine Beschleunigung chemischer Prozesse bewirkt. Beispiel: das Leuchten der meerleuchtenden Bacillen. Das Leuch-

Digitized by Google

ten ist ein Lebensvorgang, der durch Cyankalizusatz aufgehoben werden kann. Setzt man dann Spermin zu, so wird die negative katalytische Wirkung des Cyankalis aufgehoben und die Bacillen leuchten wieder (Fürst, Tarchanoff). Die zuzusetzenden Mengen sind ausserordentlich gering, aber immer noch messbare Grössen, so dass die Homöopathen diese Dinge nicht für sich in Beschlag nehmen können. Ein solcher Katalysator sei ferner das Hämoglobin; es wirke auf die Blutatmung, das Spermin auf die Gewebsatmung. Fernerhin finden sich Katalysatoren in den Leukomainen der Nervensubstanz, z. B. das Cerebrin; in Mengen von 0,00002 g sei es im stande, den Zuelzerschen Koeffizienten zu erhöhen und auf Neurastheniker etc. günstig einzuwirken. Ein weiterer Katalysator sei das Thyreoidin; ferner das Epinephrin, Suprarenin und das Adrenalin. Das letztere habe er studiert und gefunden, dass es noch in Verdünnung von 1:1000000 ein sehr energischer Katalysator sei, und zwar für die Reduktionsprozesse (im Gegensatz zum Spermin). Injiziert man davon 6 mg einem Kaninchen, so tritt Glykosurie auf, was Vortragender als Steigerung der Reduktion betrachtet.

Derselbe Autor bringt folgende Präparate in den Handel: Das Sperminum-Poehl $C_5H_{14}N_2$ als physiologisches Tonicum und besonders Nervinum, die Essentia Spermini-Poehl eine 2 % alkohol. Lösung, zu 20 Tropfen dreimal täglich; das Sperminum-Poehl proinjectione zu je 2 ccm in Ampullen. Das Adrenalchlorid-Poehl $C_{10}H_{15}NO_3HCl$ wirksamer Bestandteil der Nebenniere, Gefässadstringierend und schmerzmildernd. Tuben à 0,002. 10,0 Solutio 1:1000. Anwendung in der ophthalmologischen, laryngorhinologischen, urologischen und zahnärztlichen Praxis. Das Cerebrinum-Poehl gegen Epilepsie, Alkoholismus und einige Formen der Neurasthenie. Das Thyreoidinum-Poehl in Tablettenform gegen Myxödem, Psychosen, einige Hautkrankheiten und Fettsucht; ferner Ovarinum-Poehl bei Störungen der Menstruation, Hysterie, Chlorose und nach Ovariotomie.

Bei der Organtherapie muss man sich, wie Dr. Huismans (Köln) auseinandersetzt, vor allem über die physiologische Tätigkeit des Organs, an welches man herantritt, klar sein. Beide Funktionen einer Drüse, die sogenannte externe Sekretion, d. h. die Entfernung toxischer oder regressiver Produkte aus dem Körper, wie auch die innere Sekretion, d. h. die Absonderung spezifisch wirksamer Substanzen für den Körper, stellen eine entgiftende Tätigkeit der Drüsen dar. Es erhebt sich nun sofort schon die Frage, ob beide Funktionen eines bestimmten Organes bei der zu behandelnden Krankheit gelitten haben, oder nur eine derselben, ferner, ob diese Funktionen nicht etwa gesteigert sind. Das eigentliche Gebiet der Organtherapie wird immer die Folgen eines Ausfalles in der Funktion der Drüse und ihre Ersetzung umfassen. Beide Funktionen sind an die lebende Drüse gebunden. Wir können aber leichter das Produkt der inneren Sekretion ersetzen, als der anderen Indikation genügen, Stoffwechselprodukte, welche die lebende Drüse vernichtet, durch unsere Organtherapie beiseite zu schaffen. Im Vordergrunde des Interesses steht die Schilddrüsentherapie, während die Resultate mit den Nebennierenpräparaten beim Morbus Addisonii wahrhaft klägliche sind, so dass zwei Tatsachen ziemlich feststehen: 1. Beim Ausfall der Schilddrüsenfunktion hilft sowohl die Einführung der Drüse selbst, wie auch die eines „wirksamen Prinzipes" allein (z. B. Jodothyrin). 2. Beim Ausfall der Nebennierenfunktion wirken weder Einführung der Drüse, noch die eines wirksamen Prinzipes (z. B. Adrenalin). Was folgt daraus? Das Jodothyrin ist tatsächlich der wirksamste Bestandteil der Medikation, und die Tätigkeit der Schilddrüse besteht in erster Linie in ihrer inneren Sekretion. Die Produkte dieser Sekretion wirken im Körper, und wir können diese Stoffe ersetzen, indem wir die Produkte der Tierschilddrüse einführen. Anders im zweiten Falle! Der Morbus Addisonii beruht nicht auf dem Ausfall der inneren Sekretion, sondern hier hat die Fähigkeit der Drüse, toxische und regressive Produkte aus dem Organismus zu entfernen, gelitten. Sie

Digitized by Google

entgiftet nicht mehr. Dies organtherapeutisch zu ersetzen, ist nicht möglich. Zu diesen Stoffen muss man hauptsächlich die bei der Muskelermüdung und bei der Darmfäulnis entstehenden Körper rechnen. Diese Körper werden von der Nebenniere angezogen und für die Ausscheidung durch die Nieren vorbereitet. Der Körper bedarf dazu aber einer lebenden, funktionsfähigen Nebenniere. Beim Addison bleibt ausserdem immer noch die Tuberkulose, Carcinose etc. des Organs, welche neben den Ausfallerscheinungen an sich schon das Leben bedroht und die Organtherapie nutzlos macht. Besteht nun gar die Haupttätigkeit eines Organes in der Neubildung korpuskulärer Elemente, so ist natürlich von der Organtherapie garnichts zu erwarten. Medulladen, Glandulen etc. sind deshalb ganz unnütze Präparate. So hat also die Ersatztherapie ganz eng umschriebene Grenzen: Sie kann die innere Sekretion durch Einführung der analogen Tierdrüsenbestandteile, nicht aber die entgiftende Tätigkeit, überhaupt nicht die spezifisch vitalen Leistungen eines Organes ersetzen. Sie gleicht einen Ausfall durch einfache Addition aus, ohne die Ursache zu beseitigen.

Dr. Neumann und Dr. Vas (Budapest) haben es sich zur Aufgabe gesetzt, den Einfluss der Ovariumpräparate auf den Stoffwechsel von Tieren zu studieren. Sie verabreichten gesunden Hündinnen die Merckschen und die Landauschen Ovarialtabletten, wobei weder im Körpergewicht, noch im Stickstoff-Stoffwechsel wesentliche Veränderungen nachgewiesen werden konnten, dagegen war die Phosphor- und die Kalkausscheidung im Vergleich zur Aufnahme um etwas vermehrt. Von der Ansicht ausgehend, dass das wirksame vielleicht ein leicht zerstörbares Ferment sei, stellten sie sich selbst ein frisches Ovarialpräparat her und konnten feststellen, dass unter diesen Umständen eine gesteigerte N-Ausscheidung auftrat. Es erleichtern diese Resultate das Verständnis der merkwürdigen Tatsache, dass die Kastration die Osteomalacie zum Stillstand bringen kann. In Übereinstimmung hiermit fanden die Autoren, dass nach der Kastration eine geringe Vermehrung der Stickstoffausscheidung auftritt, dass dagegen die Ausscheidung der Salze eine mässige Verminderung erleidet. Am kastrierten Tier erfährt die Ausscheidung der Phosphor- und Kalksalze unter dem Einfluss von Ovarialpräparaten eine wesentliche Erhöhung, die noch nach dem Aussetzen des Mittels anhält, während eine vermehrte Stickstoffausscheidung nur während der Fütterung selbst vorhanden war.

Untersuchungen über das Extrakt der Nebennieren führten Dr. Salvioli und Dr. Pezzolini zu folgenden Schlüssen. Das Extrakt ist in hohem Grade toxisch und führt bei Tieren injiziert schnell den Tod unter paralytischen Erscheinungen herbei. Die Injektion bewirkt eine schnelle und starke Steigerung des Blutdruckes, eine Verlangsamung des Pulses, eine Schwächung und Beschleunigung der Respiration. Die wirksame Substanz, welche in dem Extrakt vorhanden ist, wird während des Lebens abgesondert; sie ist nicht ein postmortales Produkt der Zellen, denn, wie Gluzincki nachgewiesen, hat das Blut der Venae suprarenales die Eigenschaften, den Blutdruck zu steigern und Veränderungen im Rhythmus der Respiration wie der Herzaktion herbeizuführen. Bezüglich der Wirkung des Extrakts nun hat dasjenige, welches der Marksubstanz entnommen ist, alle die genannten Wirkungen in viel stärkerer und prompterer Weise, während dasjenige, welches der Rindensubstanz der Nebennieren entnommen ist, in der gleichen Menge fast wirkungslos ist. Dieser Unterschied in der Wirkung ist in Anbetracht des verschiedenen anatomischen Baues erklärlich.

Dr. Radzieh (Moskau) kommt auf Grund seiner Beobachtungen zu folgenden Schlüssen: 1. Das Nebennierenextrakt wirkt in hervorragender Weise gefässverengernd; 2. irgend welche schädliche Nebenwirkungen sind von der äusseren Anwendung desselben nicht beobachtet worden; 3. das Extrakt ist überall da indiziert, wo die Hyperämie bezw. die Schwellung der Schleimhaut herabgesetzt werden muss; 4. das Extractum suprarenale soll zur Erzeugung von Blutleere bei Operationen in der Nase, im Ohr, im Kehlkopf etc. angewandt werden: 5. so

Digitized by Google

lange kein billiges und absolut reines Adrenalin im Handel vorhanden ist, bedient man sich am zweckmässigsten des Extrakts, welches man sich ja selbst leicht zubereiten kann.

Dr. Rosenberg (Berlin) erprobte einzelne der aus Nebennieren dargestellten Präparate auf ihre therapeutische Wirksamkeit und fand dieselben — soweit sie für den Rhino-Laryngologen in Betracht kommen — gleich wirksam. Autor verwandte eine wässerige Lösung und bepinselte die betreffenden Gebiete damit. Der Erfolg zeigte sich nach zwei Minuten in einer 30—45 Minuten anhaltenden kompletten Anämie der betreffenden Organe. Zugleich tritt bedeutende Herabsetzung der Sensibilität ein, die wohl auf Rechnung der hochgradigen Anämie zu setzen ist. Irgend welche Komplikationen wurden bei Anwendung des Nebennierenextraktes nicht beobachtet. Die anästhesierende Wirkung des Nebennierenextraktes wird durch Kombination mit Kokain noch bedeutend verstärkt. Die Anämie ist eine derartig ausgesprochene, dass operative Eingriffe (Amputation des vorderen Endes der unteren Muschel, Excision einer Spina septi) ohne die geringste Blutung vorgenommen werden können. Die Gefahr der postoperativen Nachblutungen ist keine grössere, wie bei der alleinigen Anwendung von Kokain. In gleicher Weise zeigt sich die Einwirkung im Larynx, in dem die entzündeten Gebiete nach Applikation des Medikamentes rasch vollkommen abblassen, so dass man differentialdiagnostisch dies auch zur Unterscheidung zwischen hyperämischer Schwellung und Infiltration verwerten kann. Die interne Verabreichung von Nebennierenextrakt wirkt weniger intensiv und sicher, trotzdem konnte Rosenberg auch bei rein interner Medikation eine Wirkung auf die Nasenschleimhaut konstatieren.

Dr. Takamine (New-York) hat ein „Adrenalin" in einer beständigen und reinen krystallinischen Form dargestellt. Der neue Körper ist ein weisses, kleinkrystallinisches Pulver, krystallisiert in fünf verschiedenen Formen, löst sich schwierig in kaltem, leicht in heissem Wasser. Seine physiologische Wirksamkeit ist ausserordentlich stark. Ein Tropfen einer Lösung von 1 : 10000 soll die Conjunctiva innerhalb einer Minute blass machen. Verglichen mit dem bisher üblichen Nebennierenextrakt zeigte sich bei Experimenten an Hunden, dass das neue Adrenalin 625 Mal stärker wirkt, als jenes.

Nach Dr. Rodes an Prof. Chiaris Klinik in Wien gemachten Erfahrungen besitzt das Adrenalin alle guten Eigenschaften des Nebennierenextraktes in verstärktem Masse, während ihm dessen Nachteile mangeln; es ist in jeder Anwendung unschädlich, wirkt stärker anämisierend und unterstützt viel wirksamer die Kokainwirkung, als der Extrakt. Dazu kommt seine hämostatische Wirkung bei parenchymatösen Blutungen, seine Haltbarkeit in wässeriger Lösung und seine Sterilisierbarkeit.

Als genau dosierbares Präparat bezeichnet Dr. Green das Adrenalinchlorid, welches in Verdünnung von 1 : 1000 in den Handel kommt. Für das Auge sind Lösungen von 1 : 10000, für die Nase und das Ohr solche von 1 : 5000 zu verwenden. Verfasser verwendet es fast gar nicht mehr bei Operationen, da die Nachblutung nach der blutleeren Operation sehr störend und selbst gefährlich sein kann. Sehr gute Erfolge hatte er dagegen bei entzündlichen Erkrankungen der Konjunktiva und Kornea, des Tommelfells und des Mittelohres, sowie besondersauch bei Schwellungen und Hypertrophien der Nasenschleimhaut. Bei Schnupfen und Heufieber wirkt es wie ein Spezifikum. Eine Anzahl von Krankengeschichten erläutern das Gesagte. Bei Geschwüren der Hornhaut ist das Mittel nicht angezeigt.

Prof. v. Frisch (Wien) verwendet das Adrenalin zur cystoskopischen Untersuchung von solchen Fällen vesikaler Hämaturie, wo die vorbereitende Blasenspülung immer wieder Blutungen anregt, ferner bei Operationen von Blasentumoren, wo durch eine Betupfung des Gewebes eine prompte Blutleere zu stande kommt, dann bei schwer zu passierenden, engen Strikturen, wo eine Abschwellung der Schleimhaut erfolgt, ferner bei schwierigem Katheterismus bei Prostatahypertrophie, wo meist allmählich dann eine

Digitized by Google

spontane Entleerung der Blase erzielt werden kann.

Prof. Benedict (Buffalo) hat das Adrenalin in gewissen Fällen als vasomotorisches Reizmittel bewährt gefunden, sowohl bei allgemeiner Erschlaffung des Gefässsystems, die mit Obstipation, Dyspepsie und Gastroptose verbunden ist, als auch bei chronischer Herzkrankheit. Er gibt es in 1% iger wässeriger Lösung tropfenweise, so dass nur etwa 0,00025 zur Zeit genommen wird. Die Wirkung zeigt sich nach einiger Zeit im einem Kräftigerwerden des Pulses. Wenn sich der Puls jedoch hart anfühlt, was nach etwa 14 Tagen der Fall ist, so soll das Mittel für eine oder zwei Wochen wieder ausgesetzt werden.

Dr. Kühn versuchte an Prof. Martius Klinik in Rostock die Nebennierensubstanz bei einigen Affektionen des Intestinaltraktus und der Luftwege. Verwendet wurde das Extractum suprarenale haemostaticum siccum Merck, das in 1% und 5% wässriger sterilisierter Lösung subkutan injiziert wurde, ferner die Suprarenaltabletten zu 0,1 und 0,5 pro dosi. Seine Beobachtungen beziehen sich im einzelnen auf durch Emphysem und Bronchitis bedingte Atmungsbeschwerden, Magenblutungen (Ulcus), carcinomatöse Magenblutungen, Darmblutungen bei Typhus abdominalis, Epistaxis, bei chronischer eitriger und fötider Bronchitis, Bronchiektasien, Hämoptoe bei Lungengangrän und Phthisis pulmonum. In nahezu der Hälfte der Fälle konnte er sich nicht von einem therapeutischen Nutzen überzeugen, während im übrigen zum Teil geringe Besserungen nach Anwendung des Extraktes vorhanden waren. Es steht aber dahin, ob dieselben nicht auch zum grössten Teil suggestiver Natur waren.

Dr. Lehmann (Strassburg) berichtet über Versuche, welche er an Tieren angestellt hat, um die Wirkung der 0,1%igen Adrenalinlösung auf parenchymatöse Blutungen zu studieren. Auf Grund derselben glaubt Verfasser, dass die Methode der präventiven Adrenalininjektionen bei verschiedenen Operationen an blutreichen Organen mit Vorteil benutzt werden kann, um eine schnellere Beendigung der Operation durch ein blutfreies Operationsfeld zu ermöglichen.

Dr. v. Fürth (Strassburg) mahnt zur Vorsicht bei Injektion von Suprareninoder Adrenalinlösungen, da dieselben im hohem Grade giftig sind! Nach der Injektion einer Suprareninlösung in die Harnröhre zum Zweck der Blutstillung bei der Urethrotomia interna zeigten sich sofort Intoxikationserscheinungen, bestehend in stundenlang anhaltenden Zuckungen und Ohnmachtsanfällen.

Dr. Bouchacourt hat neun Versuche mit der Placentar-Organotherapie angestellt und gefunden, dass die Einnahme des Schafmutterkuchens eine excitierende Wirkung auf die Brustdrüse ausübt. Frauen, welchen Placenta bald nach der Entbindung gereicht wurde, zeigten eine Vermehrung der Milch. Bei Frauen, bei denen drei bis vier Tage nach der Entbindung keine Vergrösserung der Mamma aufgetreten ist, trat diese nach Einnahme von Placenta ein, und sogar bei einer jungen nulliparen Frau hatte die Einnahme des Placentarextraktes ein Prallerwerden der Brustdrüsen und Sekretion des Kolostrums zur Folge. Ausserdem wirkt Placenta abführend.

Prof. v. Poehl über die Rolle der Katalysatoren des Organismus im allgemeinen und über Spermin, Cerebrin und Adrenalin im besonderen im Vereine für innere Medizin zu Berlin (Münch. med Wochenschr. Nr. 49). — Bemerkungen zur Organtherapie im Anschluss an Fälle von Acromegalie, Myxoedema infantile und Morbus Addisonii von Dr. Huismans (Ther. d. Gegenw. 8. H. — Ärztl. Praxis Nr. 19). — Über den Einfluss der Ovariumpräparate auf den Stoffwechsel von Dr. Neumann und Dr. Vas (Monatsschr. f. Geb. 15. Bd. — Med. Woche Nr. 37). — Untersuchungen über das Extrakt der Nebennieren von Dr. Salvioli und Dr. Pezzolini (Riv. d. Freniat. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 13). — Über Nebennierenextrakt von Dr. Radzich (Med. Oboar. Nr. 4. — Ther. Gegenw. 5. H.). — Die Verwertung des Nebennierenextraktes in der Rhino-Laryngologie von Dr. Rosenberg (Münch. med. Wochenschr. Nr. 21). — Das blutdrucksteigernde Prinzip der Nebennieren von Dr. Takaminet (Ther. Gaz. — Ther. Monatsh. 3. H.). — Das Adrenalin in der Rhino-Laryngologie von Dr. Rade (Wien. klin. Rundschau Nr. 33). — Die Verwendung des Adrenalins in der Augen-, Nasen- und Ohrenpraxis von Dr. Green (Brit. med. Journ. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 27). — Adrenalin in der urologischen Praxis von Prof. v. Frisch (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 31). — Nebennierenextrakt und Adrenalin in der inneren Medizin von Prof.

Digitized by Google

Benedict (Ther. gaz. — Ther. Monatsh. 3. H.). — Einige Erfahrungen über die therapeutische Wirksamkeit der Nebennierensubstanz von Dr. Kühn (Ther. d. Gegenw. 8. H.). — Über Adrenalin von Dr. Lehmann (Münch. med. Wochenschr. Nr. 49). — Mahnung zur Vorsicht beim Gebrauch von Nebennierenpräparaten von Dr. v. Fürth (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 43). — Über organotherapeutische Versuche mit Placenta von Dr. Bouchacourt (Bullet. méd. Nr. 14. — Med. Blätter Nr. 15).

Osteomalacie. Die Kastration ist nach Dr. Eberhart ein glänzendes Heilmittel der Osteomalacie, das in 83,1% sich bewährt. Vorher soll jedoch eine Phosphorbehandlung versucht werden, und wenn diese nichts nützt, dann möge die Kastration vorgenommen werden, jedoch soll man damit nicht warten, bis die Knochendeformität hochgradig geworden, da dieselbe trotz Heilung der Osteomalacie dann nicht verschwindet.

Dr. Holländer (Berlin) teilt einen Fall von Osteomalacie bei einer Nullipara mit, der durch Kastration geheilt wurde.

Zur Kasuistik der Kastration bei Osteomalacie von Dr. Eberhart (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 2). — Osteomalacie bei einer Nullipara geheilt durch Kastration von Dr. Holländer (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 14).

Oxalurie. Prof. Klemperer und Dr. Tritschler (Berlin) ermittelten durch Versuche an Menschen und Tieren, dass der grösste Teil der Oxalsäure im Harn aus der pflanzlichen Nahrung stammt. Von den in den Gemüsen und im Tee enthaltenen Oxalaten, die teils im Wasser, teils in dem Magensafte löslich sind, werden ein bis zweizehntel resorbiert und gelangen als Calciumoxalat durch den Urin zur Ausscheidung. Der nicht resorbierte Anteil der Oxalate wird durch Darmbakterien zerstört. Ein Teil der Oxalsäure des Urins entstammt der Fleischnahrung. Oxalsäurebildner sind Glykokoll und dessen Derivat Kreatin. Dadurch wird auch im Hunger der Urin niemals vollkommen oxalsäurefrei. Ein Teil der Oxalsäure des Urins entstammt vielleicht resorbierten Bestandteilen der Galle, indem aus der Glykokollsäure im Darme Glykokoll frei wird. Bezüglich der Löslichkeit der Oxalsäure im Urin stellten Klemperer und Tritschler fest, dass sie in erster Linie von der Menge der Oxalsäure abhängt. Am besten löst sich das Oxalat, wenn soviel Wasser und so wenig Oxalsäure vorhanden ist, dass auf 100 ccm 1—1,5 mg Oxalsäure kommen. Die Lösung wird begünstigt durch stark saure Reaktion des Harns, sowie durch einen hohen Gehalt an Magnesiasalz bei geringem Gehalte an Kalksalzen. Am günstigsten ist es, wenn das Verhältnis von Kalk zu Magnesia 1 : 0,8—1 : 1,2 beträgt und wenn die Magnesiamenge mehr als 20 mg auf 100 ccm Urin beträgt. Alle diese Beziehungen werden anscheinend am besten erreicht, wenn die Nahrung reichlich Fleisch, Mehlspeisen und Leguminosen und viel Getränk enthält unter Vermeidung von Milch, Ei und Gemüse. Durch langdauernde Darreichung kleiner Magnesiagaben (2 g Bittersalz täglich) kann man den Magnesiagehalt des Urins und damit die Löslichkeit der Oxalate vermehren.

Prof. Rosin (Berlin) berichtet über einen Kranken mit Oxalurie, den er nach diesen Grundsätzen mit bestem Erfolge behandelte.

Untersuchungen über Herkunft und Löslichkeit der im Urin ausgeschiedenen Oxalsäure von Prof. Klemperer und Dr. Tritschler (Zeitschr. f. klin. Med. — Schm. Jahrb. 273. Bd. 1. H.). — Über die rationelle Behandlungsmethode der Oxalurie von Prof. Rosin (Ther. d. Gegenw. — Schm. Jahrb. 276. Bd. 10. H.).

P.

Pankreaskrankheiten. Dr. Salomon berichtet aus dem städtischen Krankenhause zu Frankfurt a. M. über zwei Fälle, in denen bei Erkrankung des Pankreas die vorhandene Steatorrhöe und Azotorrhöe durch den Gebrauch von Pankreon erheblich vermindert und der ganze Stoffwechsel günstig beeinflusst wurde. Die neueren Pankreaspräparate, namentlich das Pankreon, sind den älteren

Digitized by Google

Präparaten weit überlegen und bilden einen vortrefflichen Ersatz der Drüsen-Substanz.

Zur Organotherapie der Fettstühle bei Pankreaserkrankung von Dr. Salomon (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 3).

Paraffininjektionen. Dr. Stein (Berlin) hat in Prof. v. Bergmanns Klinik experimentelle Untersuchungen über die Giftigkeit des Paraffins und über die Möglichkeit von Lungenembolien angestellt. Es ergab sich, dass eine Giftwirkung nicht vorhanden ist und Befürchtungen nach dieser Richtung hin nicht gehegt zu werden brauchen. Auch in der Gefahr der Embolie konnte eine Kontraindikation gegen die Vornahme einer Paraffininjektion nicht gefunden werden, vorausgesetzt, dass die Injektionen nicht intramuskulär, sondern nur subkutan vorgenommen werden. Was im Laufe der Zeit aus dem dem menschlichen Körper einverleibten Paraffindepot wird, ist noch nicht ganz sicher. Wahrscheinlich ruft das in den Körper eingespritzte Paraffin eine reaktive Entzündung in der Umgebung hervor, die schliesslich zu einer Durchwachsung des Paraffins selbst mit einem Netz von Bindegewebsmaschen führt. Es hat sich herausgestellt, dass als am geeignetsten für chirurgische Zwecke ein Paraffin vom Schmelzpunkte 42–43° zu betrachten ist. Die Technik der Methode ist nicht ganz leicht, kann indessen durch Einübung am Tier bald erlernt werden. Die Verwendung der Methode kann eine sehr mannigfaltige sein. Vor allen Dingen werden natürlich solche Fälle heranzuziehen sein, in denen aus irgend einem Grunde die äussere Form der Körperoberfläche ihre ursprüngliche Gestalt eingebüsst hat durch Zerstörung oder Deformierung des im Inneren liegenden Stützapparates. Des weiteren kommen dann alle diejenigen Fälle zur Berücksichtigung, in denen eine natürliche Öffnung künstlich verkleinert oder eine auf krankhaftem oder operativem Wege entstandene Öffnung zu dauerndem und vollkommenem Verschlusse gebracht werden soll. Stein teilt aus der v. Bergmannschen Klinik folgende Fälle mit: 1. Korrektur einer luetisch-traumatischen Sattelnase; 2. Karies des knöchernen und knorpeligen Septum der Nase; 3. Verschluss einer nach Wolfsrachenoperation zurückgebliebenen Gaumenspalte.

Dr. Topolanski (Wien) hat bei Ektropium, Entropium, narbiger Einziehung des Lides durch Trachom und Trichiasis in 25 Fällen recht gute Resultate von Paraffininjektionen gehabt.

Dr. Brockaert hat durch Paraffininjektion einen beiderseitigen Epicanthus mit Abplattung des Nasenbeines mit ausgezeichnetem kosmetischen Erfolge geheilt. Nach sorgfältiger Desinfektion des Operationsfeldes wurde von einem Assistenten eine Hautfalte erhoben, so dass der Epicanthus durch diese erhobene Hautfalte verschwand. In diese Hautfalte wurde nun ungefähr 1 cm^3 Paraffin injiziert und während noch die Kanüle stecken blieb, die Nasenwurzel passend geformt. Trotzdem keine Lokalanästhesie angewendet worden ist, war der Schmerz nur ganz unbedeutend, der kosmetische Effekt ausgezeichnet.

Dr. Schlesinger berichtet über eine Kranke mit Hemiatrophia faciei, bei der durch Behandlung mit subkutanen Paraffininjektionen ein sehr bedeutender kosmetischer Effekt erzielt wurde.

Veraltete Fälle von Darmprolapsen, die vorher mit anderen Methoden erfolglos behandelt worden waren, wurden von Dr. Karewski (Berlin) mit Paraffininjektionen behandelt. Die guten Resultate, die er dabei erzielte, bestimmen ihn, dieses Verfahren auch zur Behandlung von Darmvorfällen bei Erwachsenen vorzuschlagen. Das Verfahren gestaltete sich folgendermassen: Nachdem die Kinder zwei Tage mittelst Abführmitteln gehörig entleert waren, erhielten sie am Nachmittage vor der Einspritzung 1—2 g Wismut, um den Darm ruhig zu stellen. Der Prolaps wurde nach Desinfektion des Operationsfeldes reponiert und unter Leitung des in den Mastdarm eingeführten Fingers oberhalb des Anus zwischen äusserer Haut und Schleimhaut von einer Einstichstelle her ein Ring von Hartparaffin (Schmelzpunkt 46—58°) gebildet. Die Defäkation wurde durch weitere Verabreichung von Wismut während der

Digitized by Google

nächsten 24 Stunden verhindert. Unter acht nach dieser Methode behandelten Fällen ist nur ein Misserfolg zu verzeichnen. Infektion ist in keinem Falle eingetreten.

Über die Erzeugung subkutaner Paraffinprothesen von Dr. Stein (Deutsche med. Wochenschrift. — Schm. Jahrb. 273. Bd. 1. H.). — Über Vaselininiektionen am Auge von Dr. Topolanski (Wien. med. Wochenschr. Nr. 42). — Paraffininjektionen in der Augenheilkunde von Dr. Brockaert (Ophthalm. Klinik Nr. 3). — Dr. Schlesinger über Hemiatrophia faciei in der Gesellschaft der Ärzte in Wien (Med. Blätter Nr. 47). — Die Behandlung des Prolapsus ani der Kinder mit Paraffininjektionen von Dr. Karewski (Ärztl. Rundschau. — Med. Neuigk. Nr. 21).

Pericarditis. Dr. Bramwell legt ein grosses Gewicht darauf, bei akutem Gelenkrheumatismus eine ausschliessliche Milchdiät zu geben; bei beginnender Pericarditis sucht er durch lokale Anwendung von Hitze oder Kälte den Prozess aufzuhalten; hat sich ein Erguss ausgebildet, so setzt er eine Anzahl von Blasenpflastern auf die Herzgegend; nur bei Pericarditis im Gefolge von Nierenentzündung oder Pyämie vermeidet er das Blasenpflaster, sonst glaubt er grossen Nutzen davon gesehen zu haben. Innerlich gibt er Jodkali, zuweilen auch Merkur, bei grossen Exsudaten aspiriert er. Gegen die Schmerzen gibt er Morphium. Da es niemals absolut sicher ist, ob ein Erguss vorliegt oder eine Herzerweiterung, so rät Verfasser dazu, lieber auf das Perikard einzuschneiden als zu punktieren, er selbst hat durch Punktion mit nachfolgender Blutung in den Herzbeutel einen Fall verloren.

Die gewöhnlich empfohlene Punktionsstelle bei Pericarditis ergibt nach Prof. Lenhartz (Hamburg) entschieden leicht Verletzungen des Herzens; diese Gefahr ist so gut wie ausgeschlossen, wenn man mit einem dünnen Troikart im fünften Interkostalraum ca. 6 cm vom linken Sternalrand entfernt punktiert. Man muss vorsichtig tastend vorgehen, man fühlt dann, wenn man mit der Nadel das Herz berührt, und die Kranken klagen bei dieser Berührung über Schmerzen. Bei dem gewöhnlichen blutig-serösen Exsudat kommt man mit der Punktion aus, bei eitrigem Exsudat empfiehlt sich dagegen die Operation durch Schnitt. Mengen bis 600 ccm können entleert werden, grössere Quantitäten dürften überhaupt mit dem Leben nicht verträglich sein. Eine häufige Wiederholung der Punktion empfiehlt sich, um perikarditische Verwachsungen zu vermeiden.

Prof. Fränkel (Berlin) ist der Meinung, dass für die Art des Vorgehens bei der Punctio pericardii vor allem der Gesichtspunkt massgebend sein muss, ob eine Herzerweiterung und zwar speziell eine solche des linken Ventrikels vorliegt oder nicht. In allen Fällen hochgradiger Dilatatio cordis wird die Kuppe des Zwerchfells mehr oder weniger abgeflacht; dadurch kommt speziell bei der Grössenzunahme der linken Hälfte des Organs letzteres in verhältnismässig weiter Ausdehnung mit der vorderen Brustwand in Berührung. Ist unter solchen Umständen kein zirkumskripter Spitzenstoss vorhanden, so dass man im unklaren darüber ist, wo sich der Apex cordis befindet, so ist es jedenfalls geraten, von der Punktion links vom Sternum bezw. nach aussen von der linken Mammillarlinie Abstand zu nehmen. Selbst das Eingehen mit der Nadel an der unteren präsumptiven Grenze des Herzbeutels, dicht neben dem Sternum, hält Autor in diesem Falle für gefährlich. Die Verletzung des Herzens ist dagegen nahezu ausgeschlossen, wenn man bei starker Verbreiterung der Dämpfung nach rechts in der Nähe der rechten Grenze punktiert. Es wird sich kaum je ereignen, dass eine einfache Erweiterung des Herzens sich bis in die Gegend der rechten Mammillarlinie erstreckt. Autor ist in zwei mitgeteilten Fällen so verfahren, dass er die Nadel nach einwärts von der äussersten rechten Grenze der Dämpfung senkrecht einstiess und unter Aufziehen des Stempels der Probepunktionsspritze nur soweit in die Tiefe ging, bis der sich vermindernde Widerstand darauf hinwies, dass die Nadel die Brustwand durchsetzt habe; in diesem Augenblick schoss auch bereits Exsudatflüssigkeit in die Spritze. Es versteht sich von selbst, dass ein solches Vorgehen ausgeschlossen ist, wenn eine Verschiebung des Herzens in toto nach rechts, z. B. durch ein umfängliches linksseitiges

Digitized by Google

Pleuraexsudat besteht. Auch würde er sich nicht zu dem Verfahren entschliessen, wenn die Dämpfung nicht mindestens die rechte Parasternallinie überschreitet.

Die Behandlung der akuten Pericarditis von Dr. Bramwell (Clinic. Stud. — Münch. med. Wochenschrift Nr. 44). — Prof. Lenhartz über die Diagnose und Therapie grosser akuter perikarditischer Exsudate und der akuten eiterigen Mediastinitis im ärztlichen Verein zu Hamburg (Ther. Monatsh. 6. H.). — Zur Lehre von der Punktion des Herzbeutels von Prof. Fränkel (Ther. d. Gegenw. 4. H.).

Peritonitis. Bezüglich der Behandlung der allgemeinen Peritonitis gelangt Prof. Doyen (Paris) zu folgenden Schlüssen: 1. Die Diagnose der Eiterung soll so früh wie möglich gestellt werden nach dem lokalen Befunde, nach Puls- und Allgemeinerscheinungen. 2. Die Incision geht direkt auf den Eiterherd. Für den Fall von Peritonitis subumbilicalis, bei der es sich nicht um vom Uterus oder seinen Adnexen ausgehende Entzündungsprozesse handelt, soll man parallel dem rechten Ligamentum poupartii einschneiden, um in erster Linie den Appendix zu untersuchen. 3. Sofort werden nach oben und medialwärts sterile Kompressen eingeführt, um das übrige Peritoneum zu schützen. Die Appendix wird, wenn nötig, exstirpiert und die Beckenhöhle mit sterilen Kompressen ausgetupft. Man lässt dort einige an Pincen befestigte Kompressen, schreitet dann Schritt für Schritt zur Toilette des gesamten entzündeten Bezirks, legt auch dorthin Kompressen und überzeugt sich von der Integrität des übrigen Peritoneums. Dieselbe Technik (Toilette des Peritoneums, Schritt für Schritt mit trockenen sterilisierten Kompressen und mit Verzicht auf jegliche Spülung) ist auch für die nicht von der Appendix stammenden, zirkumskripten Peritonitiden anzuwenden. 4. Ist die Toilette des septischen Herdes beendigt, so wird, vorausgesetzt, dass das übrige Peritoneum gesund ist oder doch keine eitrige Flüssigkeit enthält, ausgetupft und die Incisionswunde teilweise geschlossen, mit Gaze drainiert. Es empfiehlt sich, unter die Kompressen ein oder zwei grosse Glasdrains miteinzuschieben. 5. Übersteigt der peritoneale Erguss den Nabel, erreicht er die Fossa iliaca oder geht er auf die andere Seite über, so eröffnet man von der Mittellinie aus und bewerkstelligt von hier aus die Toilette des Peritoneums. Besteht ein eitriger Herd in der Nähe der Milz, so muss man die linke Weiche eröffnen und von dort aus mit Gaze drainieren. 6. Er hat niemals einen Fall von akuter allgemeiner Peritonitis heilen sehen, wenn es sich um septische Peritonitis gehandelt hat und wenn sich der Erguss vom Becken bis in die Regio subphrenica ausdehnte. Der chirurgische Eingriff verlief auch dann erfolglos, wenn man eine schnelle Toilette des Peritoneums mit trockenen Tupfern vornahm. Die Massenauswaschung des Bauchraumes ist gefährlich und kann nur eine unmittelbare Verschlimmerung durch Dissemination der Infektion im Gefolge haben. 7. Ein letzter Punkt verdient noch gewürdigt zu werden. Ist es nützlich, im Falle der Darmparalyse einen Anus praeternaturalis anzulegen? Die Darmparalyse ist eine bedenkliche Erscheinung, selbst dann, wo die offenkundigen peritonealen Veränderungen nicht sehr gefährlich erscheinen. Nachdem er die Erfahrung gemacht hat, dass der Anus praeternaturalis iliacus nicht genügt, den Darm zu entleeren, macht er jetzt den widernatürlichen After am ersten Abschnitt des Jejunum, welches er durch eine Boutonnière in der linken Weiche hinauszieht. Man befestigt in jedem Ende dieses Darmstückes, welches mit einer durch das Mesenterium geführten Kompresse nach aussen gelagert ist, ein dickes Gummidrain. Die Entleerung der gasförmigen und flüssigen Massen vollzieht sich innerhalb einiger Stunden, wobei die antiperistaltischen Bewegungen des entzündeten Darmes mithelfen. Man schliesst diesen temporären Anus praeternaturalis nach zehn bis zwölf Tagen durch eine laterale Enteroanastomose, indem das nach aussen gelagerte Darmstück durch Écrasement mittelst Hebelpince eliminiert wird und die beiden freien Darmöffnungen mittelst Tabaksbeutelnaht zusammengezogen werden.

Prof. Friedrich (Leipzig) hebt hervor, dass alle Heilbestrebungen bei diffuser Peritonitis solange nur beschränkten Erfolg aufzuweisen haben, als

Digitized by Google

es nicht gelingt, zuverlässige antitoxische Massnahmen zu treffen. Die Hauptpunkte der Therapie bestehen in der Nachaussenleitung des infektionspendenden Krankheitsherdes; in der extrabuccalen Flüssigkeitszufuhr zum Körper mittelst subkutaner Kochsalzlösungen-Infusionen; in geregelter subkutaner Ernährung. Es gelang Autor unter unsagbaren Mühen bei planmässiger Behandlung innerhalb der letzten drei Jahre von neun Kranken mit generalisierten Peritonitiden ex perityphlitide sieben am Leben zu erhalten, ebenso einen Kranken mit allgemeiner Peritonitis, nach traumatischer Darmruptur an zwei Stellen, zu heilen.

In einem Falle von diffuser Peritonitis erzielte Dr. Kausch durch folgendes operatives Verfahren Heilung. Nach Eröffnung der Bauchhöhle spülte er dieselbe reichlich aus — mit 30—40 Litern physiologischer Kochsalzlösung von 40° — ausserdem entleerte er den Darm, indem er in der Mitte der Länge etwa eine Öffnung anlegte und von beiden Seiten her die Schlingen leer presste. Es entleerte sich etwa ein Liter flüssiger Inhalt und ungeheuere Mengen Gas. Die Öffnung verschloss er durch Naht. Dann drainierte er nach Rehn: er fügte zum Medianschnitt zwei seitliche oberhalb der Inguinalfalten, führte ein fingerdickes Drain von der einen seitlichen Öffnung durch die Radix mesenterii hindurch zur anderen hinaus, ein weiteres von der unteren Ecke des Medianschnittes im Leibe empor. Um die Drains legte er Jodoformgazetampons.

Prof. Baginsky stellte der medizinischen Gesellschaft zu Berlin drei Kinder vor, die an chronischer Peritonitis gelitten hatten und durch Schmierseife-Einreibung geheilt wurden. Er warnt mit Rücksicht auf diese Fälle vor zu eiligen chirurgischen Eingriffen und rät zu Versuchen mit den vor langer Zeit von Senator empfohlenen Schmierseife-Einreibungen; wenn ganz kleine Mengen davon tüchtig in die Haut verrieben werden, ist keine besondere Hautreizung zu befürchten.

Prof. Senator betont die Wirksamkeit der Schmierseife in manchen Fällen, er benutzt sie jetzt mit Jodoformzusatz, gemischt mit gleichen Mengen Vaseline, um dadurch die Hautreizung zu vermindern.

Prof. Doyen über Behandlung der allgemeinen Peritonitis auf dem deutschen Chirurgenkongresse zu Berlin (Med. Woche Nr. 20). — Zur bakteriellen Ätiologie und zur Behandlung der diffusen Peritonitis von Prof. Friedrich (Arch. f. klin. Chir. 68. Bd. 2. H. — Schm. Jahrb. 276. Bd. 11. H.). — Dr. Kausch über einen Fall von operativ geheilter Peritonitis in der medizinischen Sektion der schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 16). — Prof. Baginsky und Prof. Senator über chronische Peritonitis in der Berliner medizinischen Gesellschaft (Deutsche Praxis Nr. 4).

Pest. Aus dem bakteriologischen Institut zu Palermo veröffentlicht Dr. Terni die wichtigsten neueren Daten über die bakteriologische und klinische Diagnose der Pest. Die Pest begann in neuerer Zeit überall mit leichten Formen, charakterisiert durch Bubonen; erst später folgen dann die mit vermehrter Virulenz des Infektionsträgers einhergehenden gastrointestinalen, septikämischen und pneumonischen Formen. Für die Lymphdrüsenerkrankungen bei Pest ist differentialdiagnostisch wichtig, dass man niemals entzündliche Erscheinungen an den Lymphgefässen zwischen zwei Lymphdrüsenregionen bemerkt. In der grossen Mehrzahl entspricht dem Pestbubo keine Hautläsion irgend welcher Art; wo dies der Fall ist, kann es sich um kleine, unbedeutende Exkoriationen an den unteren Extremitäten handeln; niemals aber findet man eine entzündliche Affektion der Lymphgefässe, welche von diesen Läsionsstellen bis zur nächsten Lymphdrüsenregion hinüberleitet. Der Pestbubo präsentiert sich für gewöhnlich hart, nicht fluktuierend, beweglich; er erreicht am dritten bis fünften Tage Hühnereigrösse. In den abortiven Fällen, welche in einer beginnenden Epidemie die Mehrzahl ausmachen, kommt es unter kritischen Symptomen zur Resorption des Bubo. Die Pestbacillen, welche auf der Höhe des Entzündungsstadiums nachweisbar waren, verschwinden sehr schnell und sind oft nach 4—5 Tagen nicht mehr nachweisbar. In den ungünstig verlaufenden Fällen kommt es zur Nekrose, zur Erweichung und Öff-

Digitized by Google

nung des Bubo, welcher oft ein unschuldiges Aussehen haben kann. Während man den Prozess auf dem Wege der Heilung glaubt, geht er in indolenter Weise in die Tiefe, breitet sich bis zur Serosa aus; es erfolgt ein akutes, septikämisches Krankheitsbild und der Tod. In diesen Fällen sind in dem niemals gutartig aussehenden Eiterausfluss oft über 4 bis 5 Wochen sehr virulente Pestbacillen nachzuweisen und der Verbreitung dieser Keime in der Umgebung der Kranken ist in nicht sorgfältig beobachteten Fällen Tür und Tor geöffnet.

Dr. Tavel, Dr. Krumbein und Dr. Glücksmann haben im Berner Pestlaboratorium verschiedene Immunisierungsmethoden auf ihren Wert nachgeprüft. Die Resultate ergaben, dass das Vaccin Haffkin, das der deutschen Pestkommission und das Vaccin Lustig in bezug auf Immunisierungseffekt als gleichwertig zu erachten sind. Das Lustigsche scheint aber insofern das geeignetste zu sein, als es die geringsten Reizerscheinungen macht, sich sehr lange wirksam aufbewahren lässt und ausserordentlich leicht dosiert werden kann, weshalb sich auch der Export dieses Mittels bei ausbrechender Epidemie am meisten empfiehlt.

Dr. Cantlie sieht das Haffkinesche Prophylaktikum als ein ziemlich sicher gegen die Pest schützendes Mittel an und verlangt die gesetzliche Schutzimpfung für alle Personen, die voraussichtlich mit Pestkranken oder verseuchten Wohnungen und Kleidungsstücken in Berührung kommen. Dem Yersin-Calmetteschen Heilserum spricht er dagegen jeden Wert ab. Das Prophylaktikum von Haffkine reduziert die Gefahr der Ansteckung um 50, die der Mortalität um 80%.

Studien über die Pest von Dr. Terni (Rif. med. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 4). — Über Pestschutzmassregeln von Dr. Tavel, Dr. Krumbein und Dr. Glücksmann (Zeitschr. f. Hyg. 40. Bd. 2. H. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 29). — Die Symptome, Pathologie und Therapie der Pest von Dr. Cantlie (Ind. med. Rec. Nr. 13. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 27).

Pharynxerkrankungen. Dr. Beckmann erörtert die Bedeutung der akuten Pharynxtonsillitiden in den verschiedenen Lebensaltern. Beim Säugling verursachen sie Schnupfen, Mittelohrentzündungen. Laryngospasmus und Rachitis stehen in enger Beziehung zu denselben. Im Gefolge der akuten Rachenmandelentzündungen, die sich besonders bei den den mannigfaltigen Infektionsgelegenheiten ausgesetzten Schulkindern häufen, kommt es oft zu Anschwellungen und Vereiterungen der Halslymphdrüsen, die uns das Eindringen des Tuberkelbacillus anzeigen. Bei Kindern führen Lymphbahnen direkt von der Rachenmandel an die basale Hirnhaut, und es liegt wohl nahe, eine direkte Infektion von hier aus bei der Meningitis basilaris anzunehmen. Durch direkte Überleitung von der Rachenmandel muss man sich auch die Halswirbelkaries und den Retropharyngealabscess entstanden denken. Die Halsdrüsen stehen nicht nur mit dem Ductus thoracicus, den Substernal- und Bronchialdrüsen, sondern auch direkt mit der Spitzenpleura und einigen derselben angelagerten Drüsen in Lymphgefässverbindung; das ist der Weg, auf welchem die in den Halsdrüsen abgelagerten Tuberkelbacillen zur Zeit der Rückbildung der Drüsen (zwischen 15. und 30. Jahre) direkt in die Lungen gelangen, wo sie die Spitzeninfiltrate hervorrufen. Auf diese Weise erklärt sich nicht nur ungezwungen das bevorzugte Befallensein der Spitze, der verschiedene klinische Verlauf, sondern auch das so häufige Vorkommen der primären tuberkulösen Pleuritiden und das fast ausschliessliche Auftreten primärer tuberkulöser Herde in der Nähe der Lungenoberfläche und der Pleura. Bei den Erwachsenen zeichnen sich die Pharynxtonsillitiden dadurch aus, dass sie erheblichere lokale Beschwerden machen. Die Ohreneiterungen werden mit dem Alter seltener, aber darum um so bedenklicher (Hörstörung und subjektive Geräusche). Die Therapie der einzelnen Attacken beschränkt sich auf allgemeine Verhaltungsmassregeln, lokal etwa ein Schnupfpulver, Halsumschläge, Entfernung angetrockneten Sekrets. Gurgeln wirkt günstig durch die dabei stattfindenden intensiven Kontraktionen der Schlundmuskulatur. Komplikationen erfordern eine entspre-

Digitized by Google

chende Behandlung; nur bei den akuten Ohrexsudaten und Eiterungen im Kindesalter entfernt Beckmann die entzündete Rachenmandel, wenn keine Gegenindikationen vorliegen. Es gelingt fast immer, den Prozess direkt zu koupieren. Die Verhütung von Rezidiven erfordert ein energischeres Eingreifen: Wasserkur, Abhärtung, Aufenthalt im Freien; das souveräne Mittel ist jedoch die Abtragung der Mandel.

Für die Behandlung der Pharyngitis granulosa und der Pharyngitis lateralis ergeben sich nach Dr. Halle (Berlin) folgende Gesichtspunkte: Werden keine nennenswerten Störungen hervorgerufen, so kann man von jeder Behandlung absehen. Treten die bekannten Erscheinungen auf, so müssen in erster Linie die ätiologischen Verhältnisse berücksichtigt werden. Etwaige Plethora, Skrofulose, Alkohol- und Tabakmissbrauch erfordern sorgliche Beachtung, Adenoide und Nasenverengerungen operative Beseitigung. Daneben empfiehlt sich eine lokale Behandlung mit Pinseln von Mandlscher Solution oder Insufflation von Adstringentien. Genügen diese Mittel nicht, oder lässt sich nach der Lage der Sache davon keine Hilfe erwarten, so kann man zweckmässig zu einer Ätzung mit Trichloressigsäure, Chromsäure, Argentum oder leichter Galvanokaustik greifen. Bei stärkeren pathologischen Veränderungen trägt man am besten jedes einzelne stark entwickelte Granulum vorsichtig mit der Schere ab. Ein schmerzhafter Seitenstrang, der nach leichten Ätzungen immer wieder Beschwerden veranlasst, wird mit einem langen Schnitt möglichst vollständig und in genügender Tiefe entfernt. Verfasser empfiehlt für diesen Zweck zwei neue Instrumente, die sich ihm in zweijährigen Versuchen nach jeder Richtung hin bewährt haben.

Dr. Beckmann über die akuten Entzündungen der Rachenmandel in der Berliner medizinischen Gesellschaft (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 46). — Zur Therapie der Pharyngitis granulosa und der Pharyngitis lateralis von Dr. Halle (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 17).

Phimosis. Dr. Wenzel (Bonn) empfiehlt folgende Operationsmethode der Phimose: Nach Lösung etwaiger Verwachsungen wird das Präputium mittelst zweier chirurgischer Pincetten gefasst, und zwar liegt der Angriffspunkt der einen Pincette am Frenulum, die andere fasst die beiden Vorhautlamellen gegenüber am Penisrücken. Die Vorhaut wird mittelst beider Pincetten gespannt, wobei besonders das innere Präputialblatt gespannt werden muss, damit möglichst viel desselben durch den Schnitt reseziert wird, während die Penishaut nach der Peniswurzel hin gezogen wird. Dann wird mit der Cooperschen Schere ein Ovalärschnitt in der Weise ausgeführt, dass entweder mit einem Schlage der oberhalb der unteren Pincette mit den Spitzen nach hinten angelegten Schere oder rechts und links in einiger Entfernung vom Frenulum mit zwei Schnitten beginnend ein dorsales, dreieckiges Stück des Präputiums abgetragen wird. Das abgetragene Stück bildet die Spitze des Ovales, während runde Teil des Ovales von den nicht angefrischten Teilen der Vorhaut neben dem Frenulum gebildet wird. Es liegt alsdann die Harnröhrenöffnung und deren Umgebung, sowie die dorsale Eicheloberfläche vollkommen frei, während der Sulcus retroglandularis bis zur Corona glandis durch den Vorhautrest noch gut gedeckt ist. Beide Schnittflächen werden dann geglättet, vom inneren Vorhautblatt eventuell noch ein Teil abgetragen und dann äusseres und inneres Präputialblatt vernäht.

Nicht nur bei Erwachsenen, sondern auch bei Kindern hat Dr. Olipski (Halberstadt) die mechanische Dehnungsbehandlung der Phimose mittelst eines zu diesem Zwecke konstruierten Instrumentes mit gutem Erfolge durchgeführt.

Bei Phimotomien, Urethrotomia externa, Paraphimose, Amputation und ähnlichen Eingriffen hat sich Dr. Sellei und Dr. Farkas (Budapest) das Oberstsche Anästhesierungsverfahren sehr gut bewährt.

Zur Behandlung der Phimose von Dr. Wenzel (Münch. med. Wochenschr. — Medico Nr. 9). — Beitrag zur unblutigen Phimosen-Behandlung von Dr. Orlipski (Münch. med. Wochenschr. — Medico Nr. 38). — Über anästhesierende Verfahren be

Digitized by Google

Penisoperationen mit besonderer Berücksichtigung der Oberstschen Methode von Dr. Sellei und Dr. Farkas (Klin.-therap. Wochenschr. — Medico Nr. 33).

Plattfuss. Dr. Engels (Hamburg) unterscheidet folgende Formen von Plattform: 1. Kongenitaler Plattfuss. Ziemlich selten. Behandlung: Schiene, redressierende Bewegungen später Gehschiene. 2. Traumatischer Plattfuss. Valgusstellung nach Malleolarfraktur und nach Subluxation infolge Zerreissung der medialen Bänder. Stützung des Malleolus internus durch eine laterale Schiene und Bandage. 3. Paralytischer Plattfuss. Hauptsächlich nach Poliomyelitis anterior. Operation (Transplantation), sonst Stützung durch laterale Schiene. 4. Hauptgruppe: Statischer Plattfuss, durch periodische oder dauernde Überlastung. Konstitution: Chlorose, Gravidität, Einfluss akuter Krankheiten etc. Behandlung: Sohle allein oder Sohle mit Schiene; bei Neigung zu Subluxation nach aussen und bei schweren rheumatischen Fällen Innenschiene; wenn fixiert, Behandlung im Heissluftapparat mit nachfolgendem Redressement; oder Kokaininjektion in die Gelenke, wodurch die Schmerzen schwinden, die reflektorisch die Fixation in der abnormen Stellung bedingen; oder operative Verfahren: nach Gleich und Hoffa. Als Sohlenmetall verwendet Engels eine aus Magnesium und Aluminium bestehende Legierung (Magnalium) mit Stahlverstärkung.

Prof. Pàl (Wien) macht darauf aufmerksam, dass im Zusammenhange mit Plattfuss sehr oft Meralgia paraesthetica und eine Art von Hüftschmerz verbunden ist, welch letztere Anlass zur Verwechslung mit typischer Ischias geben kann.

Dr. Franke (Wien) hat bei Plattfuss oft gefunden, dass die Sehne des Tibialis posticus mit ihrer Sehnenscheide verwachsen war. Verfasser meint, dass diese Verwachsung eine sekundäre Erscheinung sei. Durch Beseitigung der Verwachsung war in vielen Fällen das Leiden beseitigt. Von nicht zu unterschätzender Bedeutung für die Ätiologie war auch häufig eine fehlerhafte Insertion des Tibialis anticus. Therapeutisch kommt hier eine Sehnenverkürzung dieses Muskels und eventuell eine Überpflanzung des M. peroneus auf die Sehne des Tibialis anticus in Betracht.

Diejenige Form des Plattfusses, bei welcher die Sohle bereits konvex ist, hat nach Prof. Nicoladoni (Graz) ihre Hauptursache nicht im Stehen, sondern im Gehen, in der Abwickelung des Fusses und der Zugwirkung des kräftigen Triceps surae. Der Halter des Fussgewölbes, der Tibialis posticus, wird dabei insuffizient. Um die Wirkung des Triceps surae auszuschalten, hält Nicoladoni es für recht zweckmässig, die Achillessehne zu durchschneiden. Gleichzeitig kann man den Tibialis posticus verstärken durch Entnahme der Hälfte des Triceps surae.

Dr. Engels über die Entstehung und Behandlung des Plattfusses von Dr. Engels im ärztlichen Verein zu Hamburg (Münch. med. Wochenschr. Nr. 25). — Ischialgie, Meralgie und Plattfuss von Prof. Pál (Wien. klin. Rundschau Nr. 1). — Zur Ätiologie und Therapie des angeborenen Plattfusses von Dr. Franke (Arch. f klin. Chir. 64. Bd. 2. H.). — Zur Plattfusstherapie, von Prof. Nicoladoni (Deutsche Zeitschr. f. Chir. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 19).

Pleuraerkrankungen. Im Gegensatz zu der klassischen Ansicht, dass die flüssigen Ergüsse einen positiven Druck darstellen, welcher von 10—30 mm Quecksilber schwankte, stellte Prof. Bard (Genf) fest, dass der Oberflächendruck der ausgedehntesten Exsudate bei der Inspiration sicher immer negativ, bei der Exspiration in der grossen Mehrzahl der Fälle ebenfalls negativ ist. Die Experimente am Kaninchen zeigen, dass es unmöglich ist, einen positiven Druck der intrapleuralen Flüssigkeit zu erhalten. Der plötzliche Tod in Fällen ausgedehnten Exsudats kann daher dem raschen Eintreten eines positiven Inspirationsdruckes, was durch Nachlass der kompensatorischen Kräfte (Erschöpfung der accessorischen Atemmuskeln) der Fall ist, zugeschrieben werden. Der mechanische Einfluss der flüssigen Ergüsse ist im Gegensatz zu den gasförmigen unabhängig von ihrem Druck und vollständig ihrem Volumen unterworfen. Für die Praxis ergibt sich die

Digitized by Google

Lehre, die Aspirationspunktionen vermittelst eines einfachen Syphons zu machen, was in allen Fällen unter einfachen Vorsichtsmassregeln vorzunehmen möglich ist. Man kann so den Druck zu wiederholten Malen im Verlaufe der Flüssigkeitsentnahme messen; wichtig ist es, jedesmal sich zu vergewissern, dass keine Luftblase in der Flüssigkeitssäule sich findet, gegen Ende der Punktion muss man auch daran denken, dass der Druck durch die Applikation der Kanüle auf die Lungenoberfläche sich falsch darstellen kann, die Unbeweglichkeit der Flüssigkeit in der Glassäule belehrt einen darüber. Jeder Zufall der Punktion, jede Komplikation wird hierbei vermieden und, was noch das wichtigste ist, man erhält das beste therapeutische Resultat, wenn man sich zur Regel macht, mit der Punktion aufzuhören, sobald der reine Inspirationsdruck schwach negativ wird (das Flüssigkeitsniveau in der Glassäule 0,01—0,02 cm unter dem Punktionsniveau bleibt).

Prof. Fürbringer (Berlin) macht darauf aufmerksam, dass auch der normale Verlauf und ein annähernd normales Kaliber der Zwischenrippenarterie in der üblichen Punktionsgegend trotz der verhältnismässig geschützten Lage eine gefährliche Verletzung beim Brustetich nicht ausschliesst, dann nämlich, wenn der letztere dicht am unteren Rande der oberen Rippe geführt und dem Troikart eine schiefe Richtung nach oben gegeben wird. Fürbringer rät deshalb, bei der Thoraxpunktion, zumal Arteriosklerotischer, dicht am oberen Rand der unteren Rippe einzustechen und auf die zur Rippenwand senkrechte, also beim Sitzen des Patienten horizontale oder selbst etwas nach unten schräge Führung des Stichs zu achten.

Klinische und experimentelle Untersuchungen über den Druck bei Pleuraergüssen von Dr. Bard (Rev. de méd. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 35). — Über Pleurapunktion von Prof. Fürbringer (Leyden-Festschr. — Ther. d. Gegenw. 9. H.).

Pneumonie. Einen Leitfaden für die Krankenpflege bei der Lungenentzündung liefert Prof. v. Leyden (Berlin). Vor eingreifenden Medizinen im Beginn der Krankheit ist zu warnen. Auch während der Entwickelung der Pneumonie sei die Therapie noch zurückhaltend. Kühles Verhalten, gute Lüftung des Zimmers, Ruhe sind notwendig, ausserdem kalte Umschläge oder Packungen und Sorge für Entleerung des Darms und des Urins. Die Periode der Höhe der Krankheit bedarf grosser Aufmerksamkeit. Für grösste Ruhe ist jetzt streng Sorge zu tragen, jede Aufregung zu vermeiden, selbst die Untersuchung des Kranken ist um diese Zeit, wenn nicht besondere Gründe sie erforderlich machen, zu unterlassen. Obgleich etwas feste Nahrung nicht ausgeschlossen ist, wird der Kranke in der Hauptsache doch mit flüssiger Nahrung ernährt, diese aber muss relativ reichlich sein, am besten erhält er zweistündlich eine Tasse Milch oder Bouillon mit Ei oder Suppen. Für Stuhlentleerung ist zu sorgen, ebenso für die Harnentleerung. Sparsamer, hochgestellter Harn deutet auf schlechte oder unzureichende Ernährung. Für die Anwendung von Medikamenten besteht in den Tagen vor der Krise, auf der Höhe der Krankheit, gewöhnlich die eine oder andere Indikation; wenn der Puls sehr schnell und klein ist, gibt man Digitalis in mässigen Dosen von 0,25 bis 0,50 täglich, ausserdem Herztonica, wie Tee und Kaffee, Wein nur mit Zurückhaltung und Vorsicht, ferner Kampfer und Benzoe; die Verabfolgung der Antipyretica und der Wasseranwendungen ist angebracht, eine Indikation für Morphium, Kodein oder Pulvis Doweri wird durch Unruhe und Schlaflosigkeit um diese Zeit der Krankheit gegeben. Liegen andere Anzeichen nicht vor, so gibt Verfasser gern vor der Krisis ein Ammoniakpräparat, Liquor ammonii anisatus, Ammonium aceticum, Senega, oder ein anderes Expektorans. Die Periode der Krisis bedarf besonders sorgfältiger Beobachtung und eventuell energischen Einschreitens. Dem Kollaps muss vorgebeugt werden durch Milderung der Krankheitserscheinungen in der letzten Zeit vor der Krise. Besserung der Atmung, Stärkung des Herzmuskels, Milderung des Fiebers sind die Aufgaben. Zur Erleichterung der Atmung dienen trockene Schröpfköpfe, Einreibungen von Kreosot und Kampfer-Vasogenen, innerlich Expektorantien, Ammoniakprä-

Digitized by Google

parate, Benzoe, Menthol, Terpentin, ferner Entleerung des Leibes. Die Herzkraft wird gesteigert oder erhalten durch die Besserung der Atmung, durch Herztonica; in noch dringenderen Fällen mit Blaufärbung und Lungenödem kommt der Aderlass und die nachfolgende Darreichung von Wein und Champagner, sowie die Sauerstoffeinatmung in Betracht, ferner heisse Hand- und Fussbäder, eventuell Infusionen von Kochsalzlösung mit Fruchtzucker; auch die Massage kann nützlich sein. Des weiteren ist nach Verfasser ein epikritisches Stadium zu unterscheiden, ein Stadium, welches der Krisis nachfolgt. Die Stickstoffausscheidung ist nach der Krise am grössten, ebenso die Wasserausscheidung, und dementsprechend nimmt der Kranke in diesem Stadium keineswegs sogleich zu, das Körpergewicht nimmt vielmehr noch ab und ist ein bis drei Tage nach der Krise am niedrigsten. Diesem Verhältnis entspricht es, dass der Patient nach der Krise ermattet ist, oft sogar aufgeregt, ohne Schlaf; der Herzschlag ist matt. Diese Herzschwäche bedingt eine unzweifelhafte Gefahr. Die Aufgaben für dieses Stadium sind in erster Linie ruhige Bettlage. Die Hauptsache aber ist, mit Umsicht und Beharrlichkeit die Ernährung zu fördern und durch Zureden sowie durch Anbieten von Leckerbissen die Esslust anzuregen.

Das Streben der Wasserbehandlung bei der Pneumonie besteht nach Prof. Winternitz (Wien) in Hebung der Innervation, Besserung der Zirkulation, Verminderung der vom Herzen drohenden Gefahr, Verflüssigung und Resorption des Infiltrates, Erleichterung der Expektoration. Parallel der Veränderung der klinischen Symptome bewirken die thermischen Reize eine Erythrocytose, eine Hyperleukocytose, eine Veränderung der Blutverteilung, eine raschere Ausscheidung von Toxinen durch alle Kollateralen. Gelingt es unmittelbar nach dem Schüttelfrost den Pneumoniker in Behandlung zu nehmen, so wird man gut tun, ihn sogleich einer energischen hydriatischen Kur zu unterziehen. Ein Halbbad von höchstens 20° C., das auf 16 und selbst bis 12° C. im Verlaufe von 10—20 Minuten abgekühlt wird — so lange muss es dauern, bis eine gute Reaktion erzielt ist. Im Bade muss der Patient von zwei bis drei Wärtern fortwährend frottiert und wiederholt über Nacken und Rücken übergossen werden. Hat man rechtzeitig das Bad in geschilderter Weise angewendet, so beobachtet man zumeist eine günstige Umgestaltung des ganzen Prozesses, Erscheinungen, wie sie sich bei dem natürlichen Ablaufen der Pneumonie am fünften bis siebenten Tage nach Eintritt der Krise zu erkennen geben. Schwer erkrankte Pneumoniker in ein kaltes Bad zu setzen, das muss auf der Klinik gesehen und gelernt werden. Ein zu warmes Bad schadet dem Typhösen nicht, während es beim Pneumoniker durch Nichterzielung entsprechender Reaktion geradezu gefährlich werden kann. Weit leichter wird man sich entschliessen, in bereits vorgeschrittenen Stadien der Lungenentzündung oder auch im Anfange, wenn die Möglichkeit der Bäderbehandlung nicht vorliegt, mit Teilwaschungen vorzugehen, die drei- bis viermal täglich, je nach der Heftigkeit der Erscheinungen, vorgenommen werden können. Wenn auch nicht so mächtig, wie das kalte Bad, so wird man doch auch mit den Teilwaschungen günstige Resultate erzielen.

Die croupöse Pneumonie im Kindesalter behandelt Dr. Heim nach folgenden Grundsätzen. In erster Linie steht die Sorge für gute Lüftung und Erhaltung von feuchter Luft (Verdunstenlassen von Wasser) im Krankenzimmer. Von grosser Wichtigkeit ist die Ernährung. Man lasse reichlich Milch trinken eventuell Kefir, Mehlpräparate, Mondamin u. s. w. Aber auch geschabtes Fleisch, weich gekochte Eier, junges Geflügel sind gestattet. Auch künstliche Nährmittel: Somatose, Tropon und dergleichen sind zu verwenden. Verfasser ist entschieden für mässige Darreichung von Alkohol, welcher stimulierend wirkt. Zur Linderung des quälenden Durstes, zur Steigerung der Nierensekretion empfiehlt Verfasser häufiges Trinken von Wasser, besonders von alkalischen Mineralwässern. Zur Bekämpfung des Fiebers reicht Verfasser Lactophenin, 0,3—1,0 g zwei- bis dreimal täglich, bei ganz kleinen Säuglingen Chininklystiere mit Chloral zur Vorbeugung von Konvulsionen. Die

Digitized by Google

Indikation zur Bäderbehandlung ist nicht hochgradiges Fieber, sondern Störungen im Sensorium. Energische Herabsetzung des Fiebers erzeugt Wohlbefinden, Appetit und ruhigen Schlaf. Um der Entzündung entgegenzuwirken, sind kalte Umschläge (ein- bis zweistündlich), bei Seitenstechen auch Eisbeutel, bei grösseren Kindern Blutegel, bei schwächeren und nervösen Narkotika geeignet, selbst Morphin-Injektionen. Die Verminderung des Hustenreizes hemmt die Sekretion keineswegs. Zur Vertiefung des Atmens, zur ausgiebigeren Lüftung der Lungen, zur Hebung des Sensoriums sind Bäder sehr angebracht. Bei Neigung zu Asphyxie sind Senfbäder angezeigt. Bei grosser Ausdehnung des Krankheitsherdes sind warme Bäder von 30°, bei schweren Allgemeinerscheinungen Bäder von 20°—25° zu empfehlen. Meningeale Erscheinungen erfordern auf den Kopf Eisbeutel, den Leiterschen Apparat, bei älteren Kindern Blutegel auf den Processus mastoideus. Bei Herzfehlern ist besondere Sorgfalt dem Herzen zuzuwenden, von Beginn an Digitalis zu geben. Gegen die Lähmung des vasomotorischen Zentrums durch die im Blute zirkulierenden Pneumokokken (Pneumokokkensepsis) sind starke Dosen Kampfer und Koffein indiziert, Digitalis nur, wenn Insufficienz des rechten Herzens neben steigender Dyspnoe und Cyanose mit vergrösserter Herzdämpfung nach rechts sich zeigt. Besondere Behandlung erfordert das Auftreten von Lungenödem: unverzüglich Aderlass, auch bei Säuglingen, Koffein und Kampfer, Oxygeneinatmung. Nach der Krisis Ersatz der kalten durch Priessnitz-Umschläge; wenn feuchte Rasselgeräusche eintreten, starke Expektorantien. Ein Mittel zur Beschleunigung der zögernden Resorption, zur Hintanhaltung einer Wanderpneumonie gibt es nicht. Die Hauptsache ist Bekämpfung des Fiebers, Verhinderung der Ausbreitung des Krankheitsprozesses und Abwendung der das Leben bedrohenden Symptome.

Prof. v. Leydens Abhandlung über die Pneumonie in der „Deutschen Klinik" kann den Wert einer in jeder Beziehung erschöpfenden Monographie beanspruchen. In dem lehrreichen Werke, das in vollendeter Weise die Symptomatologie, Diagnostik und Prognose der Lungenentzündung behandelt, interessiert ganz besonders der therapeutische Teil, da er zugleich einen Wegweiser für die Behandlung aller Infektionskrankheiten bildet und die Darstellung der spezifischen Therapie, Behandlung des Fiebers, der physikalischen und diätetischen Therapie auf viele andere akute Entzündungen mustergültig ist.

Die Krankenpflege bei der Lungenentzündung von Prof. v. Leyden (Die Krankenpflege 6. H. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 35). — Prof. Winternitz über die hydriatische Behandlung der Pneumonie auf dem balneologischen Kongresse zu Stuttgart (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 6. Bd. 3. H.). — Die croupöse Pneumonie im Kindesalter von Dr. Heim (Med. Neuigk. Nr. 4). — Pneumonie von Prof. v. Leyden in der Deutschen Klinik. 2. Bd.

Prostatahypertrophie. Dr. Freudenberg (Berlin) behauptet, dass die Bottinische Operation sich für alle Formen der Prostatahypertrophie eignet. Die Indikation für die Operation soll nach Autor im allgemeinen von dem Stadium, in dem der Patient zur Behandlung kommt, sowie von dem Grade seiner Beschwerden abhängig sein. Ein Prostatiker im allerersten Stadium der Krankheit, der vielleicht etwas häufigeres Urinbedürfnis hat, bietet gewiss noch keine Indikation für einen operativen Eingriff. Aber auch wenn die Beschwerden etwas zunehmen, kann man durch Sorge für guten Stuhlgang streng aseptischen Katheterismus, Durchführen von Sonden in allmählich steigernder Stärke die Beschwerden des Patienten häufig auf Jahre hinaus beseitigen. Etwas anders steht die Sache bereits, wenn sich die akuten Retentionen häufiger und namentlich in kurzen Intervallen wiederholen. Hier kann man eine Indikation für die Operation mit dem Incisor bereits finden. Zweifellos und dringend ist die Indikation zur Operation mit dem Augenblicke gegeben, wo man dem Patienten ohne die Operation dauernd den Katheter in die Hand geben müsste. Schwieriger ist festzustellen, wann man in vorgeschrittenen Fällen noch operieren darf. Besteht bereits eine Infektion des

Digitized by Google

Nierenbeckens, resp. der Niere, so ist die Operation zweifellos nicht mehr als ungefährlich zu bezeichnen. Aber auch dann wird man sie vielfach noch mit gutem Erfolge anwenden können. Hohes Alter stellt an und für sich keine Kontraindikation gegen die Operation dar.

Dr. Moullin macht die Bottini-Freudenbergsche Operation in den Fällen von kleiner, harter Prostata und Atonie der Blase, sowie im Anfangsstadium, wenn die Beschwerden hauptsächlich durch entzündliche Schwellung der Prostata bedingt sind. Bei grosser, gelappter Prostata und bei schwerer Cystitis verwirft er die Operation. Die Operationen an den Hoden und Samenleitern werden ausgeführt, um die Prostata zur Atrophie zu bringen, um Anfälle von Kongestion und um Anfälle von akuter Epididymitis zu vermeiden. Um den zuletzt genannten Zweck zu erreichen, genügt es völlig, die Vasa deferentia zu durchschneiden; der gewünschte Erfolg tritt stets ein. Durchtrennt man die Samenleiter, um Blasenkongestionen zu bessern, so tritt meist sehr rasch ein gewisser Erfolg ein, die Besserung verschwindet jedoch sehr rasch wieder. Durchschneidet man den ganzen Samenstrang und entfernt ein Stück aus demselben, so atrophiert der Hoden und ist diese Operation der Kastration gleichzustellen. Verfasser hält die Kastration für eine Bereicherung unseres therapeutischen Könnens, da die Prostata häufig schrumpft und erhebliche Besserung eintritt. Verfasser glaubt nicht, dass die Kastration, resp. die Resektion des Samenstranges zu geistigen Störungen Anlass gibt. In allen Fällen, in denen die Prostata gleichförmig vergrössert, rund, glatt und elastisch war, brachte die Operation grossen und dauernden Nutzen. In Fällen von schwerer Cystitis empfiehlt Verfasser die Blasendrainage; bessert sich der Zustand, so kann man später die Prostatektomie anschliessen.

Blutige Operationen zur Heilung der Prostatahypertrophie sind nach Dr. Brownes (London) Ansicht nur dann vorzunehmen, wenn das Katheterleben unmöglich und unerträglich ist oder wenn Steine resp. schwere Cystitiden den Fall komplizieren. Nur die Cystotomia suprapubica gewährt Aussicht auf Besserung oder Heilung. Handelt es sich um Adenome der Prostata, so kann es gelingen, dieselben submukös zu enukleieren; fibröse Schwellungen kann man mit Messer und Schere abtragen. Die in letzterer Zeit von Freyer als leicht hingestellte Entfernung (Enukleation) der ganzen Prostata ohne Verletzung der Harnröhre, die Samenkanäle u. s. w. ist eine anatomische Unmöglichkeit. Operationen vom Damme aus sind zu unterlassen; kann man von der Blase aus die Prostata nicht entfernen, so kann man eine Blasenfistel anlegen und wird jedenfalls dem Kranken genützt haben. Operationen an den Testikeln oder Vas. deferens sind ganz zu verwerfen. Verfasser selbst hat sie nie ausgeführt, hat aber in seiner grossen Praxis sehr zahlreiche von anderen Chirurgen kastrierte oder vasektomierte Patienten gesehen, deren Blasenfunktion sich keineswegs gebessert hatte und die vielfach den Verlust ihrer Mannbarkeit bitter beklagten; Patienten übrigens, die durch sorgfältigen und regelmässigen Kathetergebrauch wieder ein erträgliches Leben führten. In der Behandlung der Strikturen, die instrumentell nicht genügend erweitert werden können, oder die man auf die Dauer nicht offen halten kann, lässt Verfasser nur die Urethrotomia interna gelten; gewaltsame Dehnungen, Elektrolyse etc. perhorresziert er und auch die Urethrotomia externa will er nicht gelten lassen, da man dasselbe durch die innere Operation erreichen kann und ausserdem stets sicher ist, das zentrale Ende zu finden, auch die Bildung von Harnröhrenfisteln ausgeschlossen ist. Die Urethrotomie darf nur von hinten nach vorn ausgeführt werden; die Striktur muss also passierbar sein und dies ist sie auch immer. Es gibt nach Verfassers Meinung keine Striktur, die man mit Geduld und Geschicklichkeit in der Narkose nicht überwinden könnte, auch hier leistet der im Rektum liegende Finger gute Dienste.

Prof. Rydygier (Lemberg) hält die intrakapsuläre Prostataresektion als Normalverfahren bei Prostatahyper-

Digitized by Google

trophie. Rydygier legt die hintere Fläche der Prostata vom Damm aus frei (für gewöhnlich von einfachem Rapheschnitt aus, bei schwierigen Fällen von querem Bogenschnitt aus). Nach Spaltung der Dammfascie arbeitet man sich stumpf in die Tiefe, um die hintere Prostatafläche freizulegen, unter starkem Auseinanderschalten der Wundränder schneidet man zuerst auf der einen Seite in einiger Entfernung von der Mittellinie die Prostatakapsel breit auf, fasst die Ränder des Spaltes mit Hakenzangen und versucht den entsprechenden Lappen der Prostata aus der Kapsel herauszuschälen und vor den Kapselspalt herauszuwälzen, in einiger Entfernung der durch den eingeführten Katheter sicher markierten Harnröhre hört man mit der Auslösung auf, nach Anlegung einer Klemmzange wird dann der ausgelöste Lappen reseziert und in derselben Weise auf der anderen Seite verfahren.

Der suprapubischen Entfernung der Prostata und der Bottinischen Operation ist nach Dr. Albarran die stückweise Entfernung der Prostata vom Perineum aus weit überlegen. Ihre Mortalität ist gleich Null. Die 31 Kranken, die Albarran nach dieser Methode operiert hat, sind sämtlich geheilt. Diese Patienten waren alle infiziert, hatten Urinretention und einige Pyelonephritis. Ihr Durchschnittsalter betrug 62 Jahre. Alle erlangten durch die Operation die Fähigkeit wieder, ihren Urin spontan zu entleeren, und damit trat auch eine beträchtliche Besserung ihres Allgemeinzustandes ein. Gerade bei absoluten und chronischen Retentionen waren die Erfolge am bemerkenswertesten: Von zwölf dieser Patienten sind heute elf im stande, ihre Blase spontan und völlig zu entleeren.

Die Behandlung der Prostatahypertrophie mittelst der galvanokaustischen Methode nach Bottini von Dr. Freudenberg (Samml. klin. Vortr. Nr. 328). — Der heutige Stand der Behandlung der Prostatahypertrophie von Dr. Moullin (Edinb. Med. Journ. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 51). — Erfahrungen aus einer 25 jährigen urologischen Praxis in England von Dr. Browne (Lancet. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 5). — Die intrakapsuläre Prostataresektion als Normalverfahren bei Prostatahypertrophie von Prof. Rydygier (Zentralbl. f. Chir. Nr. 41). — Dr. Albarran über die Radicalheilung der Prostatahypertrophie in der Académie de médecine zu Paris (Ther. Monatsh. 11. H.).

Pruritus. Unter Pruritus vulvae verstehen wir nach Dr. Munk (Karlsbad) einen Symptomenkomplex, der sich vorzugsweise in einer Hyperästhesie der vulvaren Hautfalten mit Einbeziehung der Clitoris äussert und in seinem Gefolge Juckreiz und eine hochgradige nervöse Aufregung führt, die durch den Juckreiz bedingt ist. Nicht immer ist man im stande, lokale und rein äusserliche Momente als kausale zu beschuldigen. Durch Hautkrankheiten bedingter Juckreiz ist von dem eigentlichen Pruritus oder Vulvitis pruriginosa auszuschliessen und frühzeitig fachgemäss nach allgemein dermatologischen Grundsätzen zu behandeln. Die auf konstitutionellen Erkrankungen basierenden oder anderen z. B. gynäkologischen Veränderungen sich anschliessenden Formen des Pruritus müssen durch Behandlung des Grundleidens zunächst, dann individuell verschieden nach allgemein medizinischen Grundsätzen behandelt werden. Die Karlsbader Kur zeigt sich hier als recht wirksam und unterstützt wesentlich bei allen genannten Formen die Behandlung.

Dr. Seligmann (Hamburg) empfiehlt das Guajakolvasogen als bestes Mittel gegen Pruritus vulvae. Nach gründlicher Reinigung der Vulva, nach Abheilung etwa vorhandener Exkoriationen durch indifferente Salben und Umschläge wird das Guajakolvasogen zunächst in 10%iger Konzentration aufgetragen, am besten am Abend, so dass es mit dem Wattebausch, mit dem man es aufgetragen hat, über Nacht liegen bleibt. Eventuell ist dies an mehreren Abenden hintereinander zu wiederholen. Falls die 10%ige Lösung nicht genügend wirkt, geht man zur Anwendung der 15- bis 20%igen Lösung über, nur muss man berücksichtigen, dass in dieser Konzentration das Medikament ein stärkeres Reizmittel darstellt, durch das die Haut eventuell auch gereizt werden kann. Wenn einige Zeit nach dem Aussetzen des Mittels sich der Juck-

Digitized by Google

reiz wieder einstellen sollte, so genügt in vielen Fällen ein- oder zweimalige Applikation, um wieder ein günstiges Resultat zu erzielen.

Die Resektion des Nervus pudendus internus kommt nach Dr. Tavel (Bern) in allen hartnäckigen Fällen von Pruritus vulvae in Betracht, welche gewöhnlich jeder Therapie trotzen und führt in der Tat, wie die von Tavel angeführten zwei Fälle beweisen, zur Heilung.

Prof. Leo (Bonn) hat in einigen Fällen von Pruritus universalis guten Erfolg mit einer Säurebehandlung (Acid. hydrochlor. 5 : 10 Aqua; zweistündlich 10 Tropfen, oder Acid. sulf. 3 : 200; zweistündlich ein Esslöffel) gehabt.

Ein Beitrag zur Kenntnis und Behandlung des Pruritus vulvae von Dr. Munk (Prag. med. Wochenschr. Nr. 47). — Zur Ätiologie und Therapie des Pruritus vulvae von Dr. Seligmann (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 9). — Die Resektion des Nervus pudendus internus beim Vaginismus und Pruritus vulvae von Dr. Tavel (Rev. de chir. 2. H.). — Über Säurebehandlung des Pruritus von Prof. Leo (Ther. Monatsh. 12. H.).

Psychosen. Dr. Salgó (Budapest) berichtet über zwei funktionelle Psychosen des Seniums, die neben den schwereren, vorläufig unheilbaren vorkommen: die typische Melancholie und die von ihm als „akute senile Demenz" bezeichnete Psychose, die eine tiefgehende Grosshirnatrophie vortäuscht und etwa der „Moria" der älteren Psychiatrie entspricht. Beide Krankheiten sind leicht heilbar, was bei der zweiten mit ihren schweren Symptomen kaum erwartet wird. Sie ist nämlich charakterisiert durch unausgesetzte und inhaltlose motorische Unruhe, starke Trübung des Bewusstseins und psychische Ausfallserscheinungen, wie Unorientiertheit über die Umgebung des Kranken, Inkohärenz der psychischen Äusserungen, Mangel des primitivsten Schamgefühls, Unreinlichkeit etc. Dazu kommen noch einzelne Paresen. Bei den schweren Folgen, die eine quoad Heilung verzweifelnde Prognose einer Geisteskrankheit zivilrechtlich mit sich bringt, ist es von grösstem Werte, zu wissen, dass diese senile Demenz bei geeigneter Therapie häufig schon nach kurzer Verlaufsdauer in Heilung übergeht. Die Therapie besteht in guter Ernährung, um den Verfall der Kräfte aufzuhalten, und Beruhigung durch geeignete Narkotika. Ferner muss durch sorgfältige Aufsicht Selbstverletzung verhütet werden, die leicht zur Entwickelung von Erysipel führen könnte.

Eine genaue Feststellung der Indikationen zur Überführung einer Geisteskranken in die Irrenanstalt liefert Prof. Mendel (Berlin). Die geringste Schwierigkeit in der Entscheidung bieten in der Regel diejenigen Fälle, in welchen der Kranke tobsüchtig ist. Da, wo die Tobsucht sich auf dem Boden und im Verlauf einer Psychose entwickelt hat, zögere man nicht, die Überführung der Kranken anzuordnen. Es gibt aber auch Zustände von tobsüchtiger Erregung, welche in sehr kurzer Zeit vorübergehen und die Überweisung nicht erfordern, wie die postepileptische und die alkoholische Tobsucht. Hier wird man gut tun, kurze Zeit den Verlauf abzuwarten, eventuell ein Chloralklystier oder eine Duboisininjektion von 0,0006 bis 0,001 anzuwenden, um erst nach der Art der Wirkung dieser sich zu entscheiden. Handelt es sich um eine heilbare Psychose, sind aber die Bedingungen für die Heilung des Kranken unter den gegebenen Verhältnissen in seiner Wohnung ungünstige, so muss man natürlich die Überführung in eine Anstalt anordnen. Hierher gehören die hypermanischen und manischen Zustände, wie sie bei dem Delirium hallucinatorium, der Manie, dem Alkoholismus vorkommen. Insbesondere sei man auch bei der Melancholie vorsichtig, wo immer die Gefahr des Selbstmordes besteht. Wenn, wie nicht selten, die Angehörigen in solchen Fällen mit Rücksicht auf das ruhige Verhalten des Kranken gegen die Entfernung aus dem Hause protestieren, so lehne man ausdrücklich jede Verantwortung ab. Handelt es sich um eine unheilbare Geisteskrankheit, dann werden folgende Symptome die Aufnahme in eine Irrenanstalt notwendig machen: Selbstmordversuche, wie bei chronischen epileptischen Psychosen, beim chronischen Alkoholismus, bei den depressiven Stadien der progressiven Paralyse; Nahrungsverweigerung, da

Digitized by Google

diese in der Regel nur in einer Anstalt zu behandeln ist; Neigung zu Handlungen, durch welche der Kranke sein Vermögen, seine Familie oder Freunde gefährden kann (chronischer Alkoholismus, progressive Paralyse, senile Demenz). Als Grundsatz muss festgehalten werden, dass halluzinierende Paranoiker, Epileptiker, Alkoholisten einer Irrenanstalt zu überweisen sind. Derartige Kranke bilden eine unausgesetzte, nicht selten ganz plötzlich zum Ausbruch kommende Gefahr. Nur der Eintritt geistiger Schwäche, welcher die Handlungsfähigkeit schwächt oder lähmt, gestattet auch hier, den Kranken ausserhalb einer Anstalt unter Aufsicht zu lassen. Endlich sind noch jene Fälle zu erwähnen, in welchen eine besondere Neigung zu unsittlichen Handlungen (moralischer Wahnsinn) besteht; vor diesen antisozialen Naturen muss die Gesellschaft geschützt werden. Auch in den Fällen, in welchem keines der Momente vorliegt, die nach den obigen Ausführungen eine Überführung in eine Irrenanstalt erforderlich machen, kann eine solche mit Rücksicht auf die soziale Lage des Kranken notwendig sein, z. B. wenn es an der nötigen Pflege und Aufsicht zu Hause fehlt.

Dr. Rybakow tritt sehr warm für die Anwendung des Hypnotismus bei der Behandlung der Geisteskrankheiten ein. Die Anwendung der Hypnose ist besonders in den Fällen indiziert, in denen der Krankheit eine Störung der Funktionen der Willensprozesse zu grunde liegt. Radikale Heilung unter dem Einfluss der Hypnose kann man erwarten: a) bei hysterischen Psychosen oder bei Psychosen auf hysterischer Basis, b) in Fällen von psychischer Neurasthenie, c) bei verschiedenen widernatürlichen Neigungen und krankhaften Gewohnheiten (Alkoholismus, Morphinismus, Masturbation etc.), d) bei impulsiven Neigungen und e) bei Zwangsvorstellungen. In allen diesen Formen ist die Anwendung der Hypnose dringend indiziert. Bei allen bezeichneten Formen hängt die Wahrscheinlichkeit einer günstigen therapeutischen Einwirkung in bedeutendem Masse von dem Grade der Degeneration des Kranken ab. Degenerative Formen sind der therapeutischen Einwirkung der Hypnose schwerer zugänglich, als acquirierte Formen. Bei allen Formen von Geisteskrankheiten kann die Anwendung der Hypnose eine sehr gute symptomatische Wirkung haben. In verschleppten Fällen von Melancholie, sowie bei einigen anderen akuten Formen, die mit Störung des Bewusstseins nicht verknüpft sind, kann die Anwendung der Hypnose bisweilen Veranlassung zu rascher Beendigung des Krankheitsprozesses geben. Die Anwendung der Hypnose als eines symptomatischen Mittels kann bisweilen unersetzbare Dienste leisten: a) bei Schlafsucht, b) bei Unruhe, c) bei Verweigerung der Nahrungsaufnahme oder bei Widerwillen gegen dieselbe, d) bei Selbstmordgedanken, e) bei Unsauberkeit etc. Indem die Hypnose die bestehenden Symptome beseitigt, kann dieselbe den Verlauf der Krankheit günstiger gestalten. Aus diesem Grunde muss die Hypnose bei der symptomatischen Behandlung der verschiedensten Geisteskrankheiten, Demenz nicht ausgeschlossen, die weiteste Anwendung finden.

Bezüglich der Bettbehandlung bei chronischen Psychosen gelangt Dr. Würth zu folgenden Schlüssen: 1. Durch die dauernde Bettlage werden auf Abteilungen für chronisch unruhige und erregte Kranke die sozialen Eigenschaften erheblich gebessert, Gewalttätigkeit und Zerstörungssucht wesentlich vermindert. 2. Die Notwendigkeit, Zwangsmittel, Isolierung und Narkotika anzuwenden, wird geringer. 3. Ein erheblicher Einfluss dauernder Bettlage auf das Körpergewicht ist nicht nachweisbar. 4. Da, wo getrennte, überfüllte Tag- und Nachträume für Unruhige bestehen, ist deren gemeinsame Belegung und Einrichtung zur Bettbehandlung das beste Mittel innerer Evakuation.

Prof. Rabow (Lausanne) macht auf das Apomorphin als Beruhigungs- und Schlafmittel aufmerksam. Während grössere Dosen (bis 1 cg) als Emeticum dienen, Einzelgaben von 1—5 mg (bis zu Tagesgaben von 0,05) für den Erwachsenen ein vorzügliches Expektorans darstellen, äussern Gaben von 3—10 mg bei aufgeregten Kranken eine beruhigende und schlafbringende Wirkung. Rabow emp-

Digitized by Google

fiehlt das Mittel besonders für bestimmte Fälle der irrenärztlichen Praxis bei heftigen Angstzuständen mit gesteigertem Bewegungsdrange und Hang zu Gewalttätigkeiten und Suicid.

Die funktionellen Psychosen des Seniums von Dr. Salgó (Pest. med.-chir. Presse. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 72). — Wann ist ein Geisteskranker aus der Familie zu entfernen und einer Irrenanstalt zur überweisen? Von Prof. Mendel (Krankenpfl. — Medico Nr. 52). — Über die Bedeutung des Hypnotismus bei der Behandlung der Geisteskrankheiten von Dr. Rybakow (Med. Woche Nr 28). — Über die Bettbehandlung bei chronischen Psychosen von Dr. Würth (Allg. Zeitschr. f. Psych. 59. Bd. 1. H. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 22). — Über Apomorphin als Beruhigungs- und Schlafmittel von Prof. Rabow (Leyden-Festschr. 1. Bd.).

Purgatin. Dr. v. Hösslin hat das Purgatin im allgemeinen Krankenhaus in Nürnberg auf seine Brauchbarkeit geprüft. Das geschmackfreie Purgatin rief niemals unangenehme Nebenwirkungen, wie Übelkeit, Erbrechen, Leibschmerzen (wie z. B. Ricinusöl, Senna) hervor, auch trat nicht, wie nach Eingabe von Ricinusöl, Kalomel und Senna, nach einer einmaligen reichlichen Stuhlentleerung Stuhldrang und eine Reihe weiterer dünner Stühle auf. Bei einer Dosis von 1,5 g blieb in 95% aller Fälle die Wirkung nicht aus. Das neue Laxans wirkte durchschnittlich innerhalb 13 Stunden. Die Stühle selbst waren nahezu immer von weicher geformter oder von dickbreiiger Konsistenz. Auch als Schiebemittel im Sinne Ebsteins erwies sich das Mittel brauchbar. Bei Atonie des Darms versagte das Purgatin. In einem Falle von chronischer Obstipation wurden täglich abends 0,5 g gegeben: regelmässig trat morgens Stuhl ein, Abschwächung der Wirksamkeit war nie erfolgt. Niemals zeigten sich Reizungserscheinungen von seiten der Nieren. Die Verordnung erfolgt am besten als Schachtelpulver, ein abgestrichener Kaffeelöffel entspricht ungefähr der Dosis von 1,5 g. Verfasser gelangt zu dem Schlusse, dass das Purgatin als ein schätzenswertes mildes Abführmittel zu empfehlen ist.

Über Purgatin von Dr. v. Hösslin (Münch. med. Wochenschr. Nr. 32. — St. Petersb. med. Wochenschrift Nr. 36.)

Purgen (Purgo). Das von v. Vámossy pharmakologisch untersuchte Phenolphthalein, das unter dem Namen Purgen (Purgo) in den Handel gebracht wird, hat Dr. Unterberg an Prof. v. Korányis Klinik in Budapest an 120 Kranken erprobt und kam zu folgendem Resultate: 1,5 cg Phenolphthalein verursachten in $^2/_3$ der Fälle täglich ein bis zwei Entleerungen von breiiger Konsistenz, hie und da untermischt mit festeren Teilen; 10—15 cgm verursachten in den meisten Fällen zwei bis drei dünnflüssige Entleerungen, nach denen öfters auch härtere Kotmassen abgingen. Grössere Dosen als 20 cg haben eine intensive abführende Wirkung. Bei diesen hohen Dosen zeigte sich auch mässiger Tenesmus; bei derartigen Versuchspersonen zeigten aber grössere Dosen von Bitterwasser ähnliche Wirkungen. 2. Das Purgen ist ein mildes, angenehm schmeckendes, genügend sicher wirkendes Mittel, welches in seiner Wirkungsweise den Sulfaten ähnelt und auf den Organismus keine unangenehmen oder schädlichen Nebenwirkungen ausübt. 3. Indiziert ist es in den meisten Fällen, wo man ein schnell und mild wirkendes Abführmittel benötigt, oder wo wir voraussichtlich längere Zeit hindurch ein derartiges Medikament verabreichen müssen; ferner wo andere Abführmittel, hauptsächlich bei reizbaren Individuen, Nausea oder Brechen etc. verursachen, und endlich in einzelnen Fällen, wo wir die Darmperistaltik möglichst schonen müssen und die Darmentleerung doch wünschenswert ist. 4. Dagegen ist die Wirkung oft zweifelhaft bei Individuen mit enteroptotischer, träger, paretischer Darmmuskulatur; bei Kranken, die mit starken Abführmitteln Missbrauch getrieben haben, und endlich bei solchen, die Morphium oder Opium gebrauchen.

Dr. Wenhardt (Budapest) hält das Phenolphthalein als eines der besten Abführmittel. Mittelst kleiner Gaben lässt sich der Stuhl regeln, grössere Gaben wieder können zur Ausräumung des ganzen Darminhaltes verwendet werden. Unter der Bezeichnung „Purgo" hat der Budapester Apotheker Desiderius Bayer sehr hübsche, nach Vanille riechende, angenehm schmeckende Ta-

Digitized by Google

bletten in Verkehr gebracht. Jede Tablette des Baby-Purgo enthält 0,05 g, des Purgo 0,10 g und des Purgo für Bettlägerige 0,50 g Phenolphthalein. Unangenehme Nebenwirkung hatte Wenhardt niemals beobachtet, trotzdem, dass ein 2½jähriges Kind, als es unbewacht geblieben, vierzehn Tabletten des Baby-Purgo, also 0,70 g Phenolphthalein auf einmal verzehrte. Zur Resorption gelangen von dem Präparate vom Darme aus nur geringe Mengen; im Speichel konnte es überhaupt nicht, im Harn bloss in Spuren nachgewiesen werden, der überwiegende Teil wird mit den Fäces ausgeschieden

Beiträge zur abführenden Wirkung der Purgens von Dr. Unterberg (Ther. d. Gegenw. 5. H. — Ärztl. Praxis Nr. 13). — Über Purgo, ein neues Abführmittel von Dr. Wenhardt (Heilk. Nr. 5. — Ung. med. Rev. Nr. 6).

Puro. Puro ist nach Dr. Fürst (Berlin) ein unter hohem Druck zur Sirupkonsistenz konzentrierter Saft mageren Rindfleisches, welches den Vorzug hat, sowohl Nähr- als Anregungsmittel zu sein; denn neben den Basen (19%) und Salzen (10%) des Fleisches und dem Gehalt an Phosphor und Kali enthält „Puro" 33% leicht resorbierbaren Eiweisses. „Puro" hebt in sehr kurzer Zeit die Körperenergie. Der Preis ist ein billiger. Verfasser hat das Präparat an geeigneten Fällen der Kinderpraxis nachgeprüft und veröffentlicht darüber 16 Krankengeschichten. Dauer der Darreichung drei bis vier Wochen, Darreichungsform: in Suppe, Schleim. Die Zusammenfassung der Ergebnisse lautet: 1. „Puro" wurde gut vertragen; 2. in jedem Fall ergab sich mässige oder bedeutendere Gewichtszunahme; 3. der Ernährungszustand wurde günstig beeinflusst; 4. Atonie, allgemeine Schwäche, Apathie, psychische Depression wurde gebessert; 5. chronische Leiden, wie Rhachitis etc., wurden günstig beeinflusst; 6. „Puro" bewährte sich bei Ulcus ventriculi; 7. „Puro" hatte einen günstigen Einfluss auf chlorotische Zustände; 8. bei Atonie des Magens, Anorexie und Dyspepsie erwies es sich nützlich; 9. nach starken Blutverlusten bietet es einen Ersatz für die verlorengegangenen Elemente; 10. für die Ernährung per rectum bietet es ein wertvolles Hilfsmittel.

„Puro" in der Krankendiätetik von Dr. Fürst (Ther. Monatsh. 1. H. — Med. Neuigk. Nr. 15).

Q.

Quecksilber. Dr. Beck hat im „Adele Brody"-Kinderspital in Budapest eine Reihe von Kindern mit hereditärer und acquirierter Syphilis mit dem Blaschkoschen Merkolintschurz behandelt. Der Erfolg war in allen Fällen sehr zufriedenstellend, die verschiedenartigsten syphilitischen Affektionen heilten rasch, und zwar rascher, als man es bei der üblichen Kalomelbehandlung zu sehen pflegt. Es kommen zwei Merkolinte für Kinder in den Handel (Beiersdorf & Comp. in Hamburg), 0 mit 10,0 und 00 mit 5,0 Quecksilber, welche 30 resp. 15 g Unguentum cinereum entsprechen. Die Merkolintbehandlung wirkt bei Kindern rascher und intensiver als bei Erwachsenen und eignet sich daher nicht nur für leichte Infektionen, sondern auch für schwere Fälle. Nebenwirkungen und Rezidive wurden hier ebenso wie bei jeder anderen Hg-Behandlung beobachtet, indessen kommt Verfasser zu dem Schlusse, dass das Merkolint besonders bei der Syphilis der Säuglinge alle bisherigen Methoden übertrifft, schneller und sicherer als die interne Behandlung wirkt und nur sehr selten solche unangenehme Nebenwirkungen verursacht, dass eine Unterbrechung der Kur nötig wird.

Als Ersatz des Unguentum cinereum bei der Inunktionskur der Syphilis empfiehlt Prof. Havas (Budapest) die Merkuro-Crème, ein in Glycerin gelöstes, neutrales, stearinsaures Kali mit 33⅓% Quecksilbergehalt.

Digitized by Google

Die Crême ist in Wasser löslich, enthält keine Spur von Fett, hält sich daher, ohne ranzig zu werden oder sich zu zersetzen, ist sehr leicht in die Haut einzureiben, macht dieselbe weich und geschmeidig, färbt sie kaum und ist absolut geruchlos. Anwendung und Wirkung entsprechen vollständig dem Unguentum cinereum, der Preis ist kaum höher. Das Präparat ist daher besonders für unauffällige Kuren zu empfehlen.

Dr. Werler (Berlin) ist nach längerer Erfahrung mit seinen Merkurkolloid-Präparaten sehr zufrieden. Zur Einreibungskur eignet sich am meisten das 10% Ungt. Hydrarg. colloidalis (Merkurkolloid), welches durch Schnelligkeit und Vollkommenheit der perkutanen Resorption, sowie Sauberkeit bei der Anwendung eine entschiedene Superiorität gegenüber der offizinellen grauen Salbe behauptet, insbesondere aber wegen seiner charakteristischen Eigenschaften der Milde, Reizlosigkeit und Ungiftigkeit das lebhafte Interesse der Ärzte verdient. Die innerliche Darreichung in Form der Merkurkolloidpillen hat sich andauernd in so hohem Masse bewährt, dass dieselben als eines der besten modernen Quecksilbermittel für die innere Medikation der Lues bezeichnet werden können. Örtlich empfiehlt Werler die 10% Kolloidsalbe und das Merkurkolloidpflaster. Dass die Mittel gleichmässig und gut aufgenommen werden und wirken, beweist u. a. ihre regelmässige langsame Ausscheidung. Ein nicht zu unterschätzender Vorzug ist endlich ihr mässiger Preis.

Über Merkolintschurz von Dr. Beck. (Pest. med. chir. Presse Nr. 7. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 15). — Merkurocrême von Prof. Havas (Ebendaselbst. — Ebendaselbst). — Über praktische Erfahrungen mit der Mercurcolloidbehandlung unter besonderer Berücksichtigung des chemischen Nachweises der Quecksilberausscheidungen von Dr. Werler (Ther. Monatsh. 4. H. — Schm. Jahrb. 274. Bd. 5. H.).

R.

Radfahren. Die Indikationen und Kontraindikationen des Radfahrens stellt Dr. Zuntz (Berlin) folgendermassen auf. Der ausserordentlich hohe Stoffverbrauch bei verhältnismässig geringem Ermüdungsgefühl lässt das Radfahren besonders geeignet erscheinen, bei Entfettungskuren unterstützend mitzuwirken. Wie jede kräftige Muskelarbeit, setzt auch das Radfahren bei Diabetesfällen den Zuckergehalt des Urins herab. Es empfiehlt sich, die Fahrten unmittelbar im Anschluss an die kohlehydratreichen Mahlzeiten machen zu lassen. Die Anregung des Stoffwechsels erklärt den günstigen Einfluss dieser Körperübung bei Anämie leichteren Grades; schwerere Fälle wird man wegen der zu starken Inanspruchnahme des Herzens nicht radeln lassen. Von vorzüglicher Wirkung ist das Radfahren bei neurasthenischen Zuständen. Es vereinigt sich hier körperliche Arbeit, freie Luft und Freude an der in die Augen springenden Leistungsfähigkeit zur Kräftigung des geschwächten Nervensystems. Bei Kranken mit Herzfehlern und mit Arteriosklerose ist das Radfahren im Sinne eines ohne ärztliche Aufsicht ausgeübten Sports kontraindiziert. Mit Vorteil kann es dagegen verwendet werden bei Personen mit schwach entwickeltem Brustkasten, phthisischem Habitus, vor allem aber zur Dehnung pleuritischer Schwarten. Auch bei beginnender Phthise wird von günstigen Erfolgen berichtet. Doch scheint hier die Anwendung gewagt und wird auch fast allgemein widerraten. Vorgeschrittene Phthisen verbieten jedenfalls das Radfahren unbedingt. Die Wirkung auf Bronchitiden wird davon abhängen, wie weit sich Staubinhalationen vermeiden lassen, was insofern schwierig ist, als der Radfahrer meist an die Chausseen gebunden ist. Kontraindiziert ist das Radfahren bei Emphysematikern. Die Frage, ob nicht das Radfahren durch die dauernde

Digitized by Google

Lungendehnung die Entstehung von Emphysem begünstigen kann, ist wenigstens für sehr eifrige Jünger dieses Sports nicht von der Hand zu weisen. Von vielen Autoren wurden infolge des Radfahrens im Urin Eiweiss und Cylinder gefunden. Diese Erfahrungen werden das Radfahren bei allen Formen der Nephritis verbieten; und man wird bei allen denjenigen Personen den Urin sorgfältig überwachen müssen, die erfahrungsgemäss zu Albuminurie neigen, so namentlich bei Fettleibigen und Rekonvalescenten nach Infektionskrankheiten. Günstige Wirkungen übt der Sport auf Erkrankungen des Verdauungsapparates, auf den Appetit und auf den Stuhlgang bei der chronischen Obstipation der Frauen. Wie der gesamte neurasthenische Zustand, so werden auch nervöse Dyspepsien durch mässiges Radfahren in günstigster Weise beeinflusst. Dieselben Faktoren wie bei den Bauchorganen kommen auch bei den weiblichen Genitalien zur Geltung, Massage infolge der Erschütterung des gesamten Körpers und der Bewegung benachbarter Muskeln und Veränderungen der Zirkulation. Zu verbieten ist das Radfahren unbedingt bei allen akuten Entzündungen, bei denen wir antiphlogistisch verfahren, wegen der unvermeidlichen Zerrung der Organe, ferner zur Zeit der Menses und während der Gravidität. Auf die äusseren Genitalien kann vor allem durch unzweckmässige Form der Sättel eine ungünstige Einwirkung ausgeübt werden.

Indikationen und Kontraindikationen des Radfahrens von Dr. Zuntz (Fortschr. d. Med. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 3. u. 4. H.).

Rhachitis. Prof. Unger (Bonn) bekennt sich als Anhänger der Phosphortherapie bei Rhachitis. Natürlich kann der Phosphor die einmal vorhandenen rhachitischen Veränderungen nicht in kurzer Zeit rückgängig machen. Für Verfasser besteht der Hauptnutzen des Phosphors darin, dass er, rechtzeitig bei früh gestellter Diagnose angewandt, die Ausbildung schwererer Veränderungen am Knochensystem verhüten kann. Ausserdem beeinflusst er den allgemeinen Körperzustand günstig und insbesondere auch den Laryngospasmus. Die Lösung von 0,001 : 100, teelöffelweise gegeben, oder 0,01 : 100, zu 10 Tropfen pro Dosis, hält Verfasser für viel zu schwach, um eine therapeutische Wirkung zu entfalten. Verfasser will nach wie vor den Phosphor in der bisher üblichen Dosis geben, entweder 0,0005 pro die als Einzeldosis, ohne Unterschied des Alters, oder zweimal täglich eine entsprechend kleinere Menge. Am liebsten verwendet Verfasser eine Lösung 0,01 P in 100 Ol. olivar. oder Ol. amygdalar, welche nach den Vorschriften von Soltmann aus einer Stammlösung von 1 : 500 hergestellt wird. Von dieser Lösung lässt Verfasser täglich einen halben bis einen ganzen Teelöffel, also etwa 0,0002 bis 0,0004 g verabreichen. Die Verordnung des Phosphorlebertrans hat er seit vielen Jahren aufgegeben, weil er von dem widerlich riechenden und schlecht schmeckenden Mittel eine bessere Wirkung nicht erwarten konnte, wohl aber die schädliche Wirkung des namentlich im Sommer leicht ranzig werdenden Lebertrans auf den Verdauungstractus fürchtete. Neuerdings hat Binz das Sesamöl als Lösungsmittel des Phosphors empfohlen.

Dr. Carrière versuchte bei Rhachitis das Lecithin in Verbindung mit Lebertran (2,05 Lecithin auf 500,0 Lebertran). Je nach dem Alter wurden 1, 2, 3, 4 Esslöffel während der Mahlzeiten (= 0,05—0,2 Lecithin) täglich gegeben. In den fünf Fällen, wo der Lecithinlebertran zur Anwendung kam, scheint er nach Umlauf von vier bis sechs Monaten die Rhachitis zum Stillstand gebracht und geheilt zu haben. Das Lecithin war aus dem Eigelb gewonnen

Dr. Mendel (Essen) berichtet über die Erfolge der Behandlungsversuche von 100 rhachitischen Kindern, zunächst mit frischer Kalbsthymus und dann mit Thymustabloids. Letztere wurden zerstossen in etwas Milch in der Dosis von 6—12 Stück täglich gegeben. Die Thymustabletten sind vollkommen unschädlich und wirkten am schnellsten auf die funktionellen Störungen des rhachitischen Prozesses günstig, auf die profuse Schweissbildung, den unruhigen Schlaf, das schlechte Aussehen und den Laryngospasmus. Grosses Gewicht wird nament. lich auf den Rückgang des Milztumors

Digitized by Google

gelegt. Erst später kam es zum Stillstand der rhachitischen Knochenalteration, und es bedurfte monatelanger Medikation — bei beginnender Besserung genügte wohl die zweimal wöchentliche Darreichung obiger Dosis — bis zur vollständigen Heilung. Zu frühes temporäres Aussetzen hatte die Rückkehr der krankhaften Erscheinungen zur Folge.

Zur Behandlung rhachitischer Kinder empfiehlt Dr. Ritter (Berlin) ein Regime, das darin besteht, dass die Kinder die wärmere Jahreszeit hindurch die ganze zweite Hälfte des Tages auf einem freien, rasenbedeckten, staublosen Platz zubringen, auf dem eine Halle Unterkunft gewährt für Abreibungen und die mechanische Behandlung und Unterschlupf bei ungünstiger Witterung. Die Widerstandsfähigkeit gegen Temperatureinflüsse wird durch methodische Abreibungen angeregt, resp. erhöht. Die Kinder werden möglichst viel dem strahlenden Sonnenlicht ausgesetzt. Den Kopf tragen sie bedeckt mit einem schützenden, durchlässigen Strohhut, den Körper, wenn er erst hinreichend abgehärtet, mit einem leinenen Anzug bekleidet, während Arme, Unterschenkel und Füsse frei sind. Jeder sonnige Tag gibt ausserdem Gelegenheit zu einem Sandbad. Turnübungen werden in sorgfältiger Rücksicht auf Indikation und Locus minoris resistentiae und ebenso Atmungsübungen alle Tage vorgenommen. Täglich wird die Massage angewandt, und zwar auf den ganzen Körper, in sorgfältiger Anpassung an die Bahnen der Lymphgefässe. Bei der Ernährung der Kinder wurde auf die Wichtigkeit der Nährsalze etc. Rücksicht genommen. Von einem Gemisch Lipanin und Malzextrakt mit 2%igem Kalk und 5%igem Eisen machte Verfasser andauernd, von direkten therapeutischen Massnahmen erforderlichenfalls Gebrauch.

Zur Phosphorbehandlung der Rhachitis von Prof. Ungar (Münch. med. Wochenschr. Nr. 24. — Med. Blätter Nr. 29). — Behandlung der Rhachitis mit Lecithinlebertran von Dr. Carrière (Bullet. méd. Nr. 33. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 21). — Thymusdrüse und Rhachitis von Dr. Mendel (Münch. méd. Wochenschr. Nr. 4. — Prag. med. Wochenschr. Nr. 43). — Die Behandlung schwächlicher Kinder von Dr. Ritter (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 15. — Deutsche Praxis Nr. 12).

Rheumatin. Das Rheumatin ist, wie Dr. Overbach angibt, ein salicylsaures Salicylchinin. Seine antirheumatische Wirkung soll vorzüglich sein. Angewendet wurde es bei schweren Fällen von akutem Gelenkrheumatismus und Rezidiven, auch gerade dann, wenn Komplikationen seitens des Herzens etc. vorlagen. Dosierung: drei Tage lang 3 g pro die in Einzeldosen von 1 g. Den vierten Tag Pause. Dann vier Tage hindurch 4 g pro die und jeden fünften Tag Pause. Die völlige Geschmacklosigkeit und das Fehlen aller unangenehmen Nebenwirkungen auf Herz und Magen machen das Mittel für prolongierten Gebrauch sehr geeignet. Auch bei Neuritiden, Muskelschmerzen durch Überanstrengung oder Verletzung, bei lancinierenden Schmerzen der Tabiker soll das Rheumatin gute Dienste leisten.

Über Rheumatin von Dr. Overlach (Zentralbl. f. inn. Med. — Ther. d. Gegenw. 2. H.).

Rheumatismus. An der Klinik des Prof. v. Leyden in Berlin gelang es Dr. F. Meyer in Fällen von akutem Gelenkrheumatismus an den Tonsillen der Erkrankten einen Diplococcus nachzuweisen, den Autor als einen spezifischen Krankheitserreger ansieht.

Auch Dr. Poynton und Dr. Paine (London) berichten über einen Diplococcus, den sie in 20 Fällen von akutem Gelenkrheumatismus fanden und züchten konnten.

Dr. Menzer stellte aus den von den Tonsillen von Rheumatikern isolierten Streptokokken ein Serum her, das er an Prof. Senators Klinik in Berlin in etwa 20 Fällen von akutem Gelenkrheumatismus in Anwendung zog. Es zeigte sich, dass das Serum durchaus nicht Schmerzen und Fieber zu unterdrücken vermag, sondern nur den natürlichen Heilungsvorgang unterstützt, und dadurch etwas beschleunigt. Die Dauer der Gelenkaffektionen betrug durchschnittlich fünf bis sechs Tage, diejenige des Fiebers etwa sechs bis sieben Tage, der 14. Tag war durchschnittlich der erste Tag des Aufstehens. Auch die Endocarditis schien günstig beeinflusst zu sein. Durch die Serumbehandlung konnte auch eine

Digitized by Google

grosse Zahl chronischer Rheumatismen, welche bis zu mehreren Monaten schon nach allen möglichen Methoden ohne Erfolg behandelt waren, in etwa zwei bis drei Wochen geheilt, bezw. wesentlich gebessert werden. Nachteilige Folgen hatte die Einverleibung des Serums auch in Dosen bis zu 50 ccm nicht.

Bei gleichzeitiger Warmbadebehandlung braucht man nach Dr. Kellog nur die Hälfte der Salicylsäure, um die Hauptbeschwerden des akuten Rheumatismus zu beseitigen. Kellog gibt täglich dreimal ein heisses Bad, oder statt dessen feuchtwarme Einpackungen, die die Transpiration vermehren. Auf diese Weise soll die Ausscheidung der Harnsäure enorm gesteigert werden, besonders wenn der Kranke durch Aufnahme grosser Mengen von Wasser die Diurese steigert.

Die Frage, wie man den subakuten Gelenkrheumatismus in Bädern behandeln soll, beantwortet Dr. Weisz (Pöstyén). Vor allem möge man, sobald das fulminante Stadium abgelaufen ist, mit Kälteapplikationen so rasch wie möglich aufhören. Ähnlich verhält es sich mit der Fixation, die gewöhnlich in schmerzstillender oder orthopädischer Absicht gemacht wurde. Wenn man schwer zu behebende oder gar definitive Versteifungen verhüten will, dann heisst es den Verband rechtzeitig lösen. Autor hat sehr günstige Erfahrungen bei subakuten Schwellungen mit nächtlich aufliegenden Dunstverbänden, zu welchen das 60° C. warme Pöstyéner Schwefelwasser ein ausgezeichnetes Substrat liefert, gemacht. Man sieht Ödeme und peinliche Empfindlichkeit in oft überraschender Weise verschwinden. Die Umschläge lässt er gewöhnlich so warm auflegen, wie dies der Kranke nur verträgt, und dann regelrecht luftdicht verschliessen. Als Schutz gegen Sudamina und Exkoriation dient entsprechende Einfettung. Mit den Bädern, die anfangs doch zumeist nur in Wannen verordnet werden können, heisst es recht vorsichtig sein. Er beginnt — in genügend warmem Raume — oft mit 25—26° R., um bei Ausbleiben heftiger Reaktion bis 30—33° R. anzusteigen. Wo wir hartnäckigen Exsudaten und Schmerzen gegenübertreten, müssen wir öfters zu lokalen Applikationen, wozu sich besonders Schlammbäder und Duschen eignen, unsere Zuflucht nehmen. Hier sei bemerkt, dass sich bei höheren Temperaturen die Haut für den Schlamm bedeutend toleranter zeigt, als für Wasser- oder Thermalbäder. Wenn es geht, sollen Wannen- mit Bassinbädern abwechseln, weil letztere den Vorteil der Bewegung während des Bades gestatten. Eine noch nicht abgelaufene Endocarditis ist im Gegensatze zu den abgeheilten Endokarditiden und kompensierten Herzfehlern eine Gegenindikation für warme Bäder, aber auch eine Gegenindikation für intensivere Gehübungen und Heilgymnastik. Hinsichtlich der Massage verbietet die Empfindlichkeit des Kranken von selbst jeden hackenden, klopfenden, erschütternden Eingriff. Die zu massierende Extremität sei in erster Reihe bequem und sicher gelagert. Streichmassage ist der Griff, der hier am besten angebracht wird. Muskelpartien können auch vorsichtig mit kneifenden, walkenden Griffen angegangen werden.

Nach Dr. Machtzum (Berlin) haben sich bei der Behandlung des chronischen Gelenkrheumatismus, gleichviel welche Ursache demselben zu grunde liegt, hydrotherapeutische Massnahmen in Verbindung mit Massage am besten bewährt. Die Gelenkschmerzen werden dadurch am ehesten gelindert oder gänzlich aufgehoben, die Rückbildung der Gelenkverdickung auffallend rasch befördert und die Bewegungsfähigkeit sowie die Muskelatrophie mehr oder minder gebessert. Das wirksame Moment bei dieser Methode ist wohl die durch jene Prozeduren erzeugte Hyperämie, wobei die durch Hitze verursachte aktive oder die Stauungshyperämie in erster Linie in Betracht kommen. Als für die häusliche Praxis am bequemsten anzuwendende Prozeduren bei lokalen Affektionen sind zu empfehlen die sogenannten Dampfumschläge, die lokalen heissen Sandsäcke, die Heissluftapparate für einzelne oder mehrere Gelenke, wie sie z. B. Bier beschrieben hat, und lokale Heisswasserbäder von etwa 40—45° C. in Dauer von 10 bis 15 Minuten. Bei Erkrankung mehrerer Gelenke, resp. verschiedener Ex-

Digitized by Google

tremitäten ist es jedoch praktischer, die allgemeinen Prozeduren anzuwenden, um eine Hyperämie an den verschiedenen Stellen hervorzurufen. Als Schwitzprozeduren werden heisse Vollbäder verabfolgt. Als Anfangstemperatur nehme man 36° Celsius und erhöhe die Temperatur auf 38 bis höchstens 42°, je nach Gewöhnung und Konstitution des Patienten. Die Dauer dieses Bades beträgt etwa 15 Minuten. Die heissen Bäder bilden bei schmerzhaften Gelenkaffektionen eine ausserordentlich empfehlenswerte Methode, um aktive und passive Bewegungen so schmerzlos wie möglich ausführen zu lassen.

Wie Dr. Bloch (Zborowitz) mitteilt, gelang es ihm in vielen Fällen von idiopathischer, rein refrigeratorischer Lumbago oder in anderen Muskelgebieten lokalisierter Myalgie, bei derartigen rheumatisch-neuralgischen Affektionen des Trigeminus, der Occipital- und Interkostalnerven, des Ischiadicus u. s. w. durch regelrechte perkutane Infiltration des ganzen Schmerzgebietes mit der Schleichchen Tropokokainlösung (N II.) ohne jede weitere Therapie die Kranken vollständig und dauernd nicht nur von ihren Schmerzen, sondern von jedem Krankheitssymptome zu befreien.

Dr. Gerwin (Grenzhausen) empfiehlt bei der Behandlung rheumatischer Erkrankungen mehr Gewicht auf diätetische Verordnungen zu legen. Zunächst ist der Alkohol zu verbieten. Wegen der Reichhaltigkeit an pflanzensauren Salzen, die die Herausbeförderung der in den Muskeln abgelagerten Stoffe beschleunigen, ist vorzüglich eine vegetabilische Diät zu verordnen.

Zur Bakteriologie des akuten Gelenkrheumatismus von Dr. F. Meyer (Zeitschr. f. klin. Med 46. Bd. 5. u. 6. H.). — Eine kurze Zusammenfassung der Resultate einer Untersuchung betreffend die Pathogenesis des akuten Rheumatismus von DDr. Poynton und Paine (Zentralbl. f. Bakt. 31. Bd. 11. H.). — Serumbehandlung bei akutem und chronischem Gelenkrheumatismus von Dr. Menzer (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 6. Bd. 4. H.). — Heisse Bäder beim Rheumatismus von Dr. Kellogg (Med. Mod. — Schm. Jahrb. 276. Bd. 10. H.). — Wie sollen wir Fälle von subakutem Gelenkrheumatismus in Bädern behandeln? Von Dr. Weisz (Ung. med. Rev. Nr. 5). — Zur Behandlung des chronischen Gelenkrheumatismus von Dr. Machtzum (Ther. d. Gegenw. 6. H. — Medico Nr. 25). — Beiträge zur Diagnose und Behandlung rheumatischer Affektionen von Dr. Bloch (Ther. Monatsh. 7. H.). — Ein Beitrag zur Behandlung rheumatischer Erkrankungen von Dr. Gerwin (Ärztl. Praxis Nr. 20).

Rhinotherapie. Dr. Abeles (Wien) unterscheidet zwischen solchen Nasenspülungen, bei denen das Spülwasser aus demselben Nasenloch wieder abfliesst (Spülung einer Nasenhöhle, Modus I), und der Durchleitung einer Spülflüssigkeit durch eine Nasenhöhle, den Nasenrachenraum und in rückläufiger Richtung durch die andere Nasenhöhle. (Nasenspülung, Modus II). Daneben stehen noch die Nebenhöhlenspülungen, bei denen die Nasenhöhle nur den Durchtrittsort für die Spülflüssigkeit bildet. Die Spülung einer Nasenhöhle (Modus I) ist so gut wie ungefährlich; denn die Spülflüssigkeit bleibt im vorderen Teile derselben, besonders wenn man den Flüssigkeitsstrahl schräg gegen den vorderen Teil der Nasenscheidewand richtet. Sie ist angezeigt: 1. zur Lockerung festsitzender Tampons; 2. zur Lösung von Krusten auf leicht blutenden Neugebilden und Geschwüren der Nasenhöhle; 3. zur Entfernung tierischer Parasiten im vorderen Bereiche einer Nasenhöhle. Modus II dient zur Entfernung von Sekret und Krusten auch aus dem hinteren Teil der Nasenhöhlen und dem Nasenrachenraum. Starker Druck beim Spritzen ist zu vermeiden. Doppelseitige Nasenstenose verbietet die Nasendurchspülung ganz; die Einspritzung darf überhaupt nur von der engeren Seite her erfolgen. Offenhalten des Mundes und Ausstrecken der Zunge des Kranken verhindern Schluckbewegungen und Phonation während der Dauer der Ausspülung. Die Spülflüssigkeit, am besten lauwarmes Kochsalzwasser, soll ebenso wie die verwendeten Spritzen steril sein. Einen Heilwert besitzen die Nasenspülungen überhaupt nicht; sie sind vielmehr lediglich ein mechanisches Reinigungsmittel, das eigentlich nur bei der Ozäna und manchen Fällen von Tertiärsyphilis der Nase nicht zu entbehren ist. In der Behandlung der Nasen- und Rachendiphtherie gibt der Verfasser mit Recht dem Zerstäuber (3% Borsäurelösung) den Vorzug vor den Ausspülungen. Zur Stillung

Digitized by Google

schweren Nasenblutens sind die heissen und kalten Durchspülungen weniger geeignet als die Einspritzungen von Gelatinelösungen. Für die Vorbeugung gegen ansteckende Krankheiten sind die Nasenspülungen wertlos, ebenso wenig schützen sie gegen Wundinfektionskrankheiten nach endonasalen Eingriffen. Auch als Mittel zur Vervollständigung der täglichen Körperreinigung bei gesunder Nase sind sie zu verurteilen.

Wie Dr. Brindel (Bordeaux) mitteilt, wurden in der Moureschen Klinik mit raschem Erfolg Ozänakranke mit Paraffininjektionen behandelt. Das flüssige Paraffin wurde in die hinteren Enden der unteren Muscheln injiziert, und der Effekt war neben Verengerung der vorher zu weiten Nasenhöhlen eine Beseitigung der Sekretstagnation, dadurch Hintanhaltung der Krustenbildung und Verschwinden des Fötors. Bei einigen der Kranken zeigte sich auch eine Änderung in der Qualität des Sekretes.

Dr. Freudenthal (New-York) glaubt als Hauptursache des in Amerika sehr häufigen chronischen Nasenrachenkatarrhs das dort sehr verbreitete Luftheizungssystem ansprechen zu müssen, welches den relativen Feuchtigkeitsgrad der erwärmten Räume stark reduziert. Als therapeutische Massregeln empfiehlt er in erster Linie den Aufenthalt an Orten mit feuchtem Klima, Wasserdampfinhalationen und Bäder. Die Einatmung von Kohlensäure und die direkte Massage mittelst eines von ihm konstruierten elektrischen Vibrationsapparates bewährt sich als zweckmässiges Stimulans atrophischer Schleimhäute.

Dr. Sternberg (Wien) macht auf eine bereits von Williams empfohlene Behandlung des akuten Schnupfens aufmerksam, durch welche es ihm in vielen Fällen gelang, dieses lästige Leiden mit Sicherheit zu coupieren. Die Methode besteht in der sofortigen Flüssigkeitsentziehung im Beginne des Leidens. Es verschwindet nach Autor nicht bloss sofort der lästige Ausfluss aus Nase und Conjunktiva, sondern diese Behandlung ist zweifellos auch die beste Prophylaxe gegen die gefährliche Komplikation der Otitis media, die in vielen Fällen durch Hineinschleudern des Sekretes, beim gewaltsamen Schneuzen hervorgerufen wird. Temperaturerhöhung ist keine Kontraindikation. Autor lässt gewöhnlich zum Frühstück Rühreier mit einer Semmel nehmen, mittags wird einfach die Suppe weggelassen, ein kleines Weinglas voll Wasser oder Rotwein gestattet, ebenso abends ein Löffel voll. Da der Appetit ohnedies vermindert ist, kommt man zwei Tage lang mit diesen drei Mahlzeiten aus, am dritten Tage kann man in der Regel zu seiner gewöhnlichen Nahrungsweise zurückkehren. Eine Kontraindikation bildet chronische Nephritis.

Dr. Spiess wendet zur Behandlung des akuten Schnupfens das Orthoform in Form von Einblasungen (rein oder mit Natr. sozojodol.) mehrmals im Tage an, eventuell so oft, als das Wundgefühl und Brennen im hinteren Teile der Nase wieder auftritt; es muss aber durch den Mund in den Nasenrachenraum geblasen werden, da es von vorne her wegen der Schwellung der Nasenschleimhaut nicht an den Hauptsitz der Beschwerden gelangen würde.

Als Spezifikum gegen Schnupfen rühmt Dr. Lepa das Amyloform. Es kann nach Belieben stündlich oder auch öfters, am besten in folgender Form:

Amyloformii
Amyli oryzae aa

angewendet werden.

Dr. Joris hat das Menthol-Jodol in ausgedehnter Weise in der rhinolaryngologischen Praxis verwendet und dabei gefunden, dass der, wenn auch schwache, doch immerhin unangenehme Jodolgeruch durch das Menthol vollkommen gedeckt wird, dass das Präparat antiseptische Eigenschaften vielleicht in noch höherem Grade besitzt, als Jodol allein, dazu noch eine eigentümlich erfrischende und schmerzstillende Wirkung hat und keine Störungen der Verdauung hervorruft.

Dr. Douglas hat das Ichthargan mit gutem Erfolge in der rhinologischen Praxis verwendet. In schwachen (1 bis 2%) Lösungen vermehrt das Präparat die Nasensekretion, indem dabei Krusten erweicht werden und statt dicken Eiters allmählich eine seröse Flüssigkeit abfliesst. In stärkeren (10 bis 20%) Lösun-

Digitized by Google

gen wirkt es stark baktericid, bringt die Gefässe zu energischer Konzentration und verhindert überschüssige Granulationsbildung. Bei hartnäckigen Ozänafällen führt es merkbare Besserung herbei. Als Vehikel haben sich Wasser, Glycerin und Vaselin gleich gut bewährt.

Bei akuten Empyemen der Kieferhöhle, ausgenommen bei denen dentalen Ursprunges, ist nach Dr. Hajek (Wien) die Radikaloperation nicht angezeigt, weil man hier spontane Heilung erwarten kann oder durch eine Punktion vom unteren Nasengange aus (bezw. vom Ostium maxillare) die zur Heilung nötigen Ausspülungen vornehmen kann. Aber auch in den subakuten und chronischen Fällen kommt man meist mit den mehrere Male täglich vorzunehmenden Ausspülungen aus, wenn die Kranken nicht selbst die Operation wünschen. Die ursprüngliche Radikaloperation, Eröffnung der Kieferhöhle und Drainage, führt nicht zum Ziele. Die radikalen Operationen (Ausräumung der Kieferhöhlenschleimhaut mit Einstülpung der Wangenschleimhaut) leiden an dem Übelstande, dass die Verbindung der Mund- und Nasenhöhle unvermeidlich ist. Die von Hajek früher empfohlene Operation nötigte zum Tragen einer Prothese, die zu ausserordentlichen Belästigungen Veranlassung gab. Hajek empfiehlt daher jetzt folgende Technik: Eröffnung der Kieferhöhle von der Fossa canina aus, Ausräumung alles Krankhaften, Herstellung einer dauernden Verbindung der Kieferhöhle mit der Nase.

Dr. Jonas (Liegnitz) macht auf die Wichtigkeit der Nasenanomalien für die innere Medizin aufmerksam. Nach Autor gibt es kaum eine Nase, die wir in anatomischer und funktioneller Hinsicht als völlig ideal bezeichnen können; ihr äusserer oder innerer Zustand beruht auf individueller Veränderung oder auf ererbter Varietät (Lamarck, Darwin). Der Gesamtorganismus oder irgend ein Teil desselben wird durch Nasenanomalien mehr oder weniger beeinflusst. Diejenigen Nasenanomalien sind für die innere Medizin die wichtigsten, von deren Vorhandensein der Kranke keine Ahnung hat (latente Stenosen). Die Erkrankungen des Nervensystems sind nur zu einem kleinen Teile als idiopathische aufzufassen. Für die Ätiologie der Psychopathien sind die Nasenanomalien von der grössten Wichtigkeit. Das umgekehrte Verhältnis ist das seltenere. In der Psychiatrie und in der gerichtlichen Medizin ist bei der Beurteilung des Geisteszustandes mehr wie bisher die Möglichkeit einer primären und peripheren Entstehungsursache der Psychopathien zu berücksichtigen.

Dr. Zwillinger (Budapest) macht darauf aufmerksam, dass adenoide Vegetationen sehr oft bei Taubstummen zu finden sind. Es gibt nach Autor Fälle, wo nach der Adenotomie das Gehör sich bessert, ja normal wird, die Taubstummheit heilt, so dass demnach die Rolle der adenoiden Vegetationen in der erworbenen, also der häufigsten Taubstummheit, eine evidente ist. Eingetretene Taubheit, wenn auch im Ohre keine Läsion zu finden ist, ist durch Heilung der Affektion des Nasenrachenraumes mit Erfolg zu behandeln und so auch die Taubstummheit nach Entfernung der adenoiden Vegetationen. Deshalb ist es angezeigt, in jedem einzelnen Falle vor dem Eintritt in die Schule die Operation zu vollführen.

Die Nasenspülungen, ihre Anzeigen und Gegenanzeigen von Dr. Abeles. Verlag von C. Marhold, Halle a. S. (Med. Woche Nr. 26). — Neue Behandlungsmethode der Ozäna mittelst interstitieller Paraffininjektionen von Dr. Brindel (Münch. med. Wochenschr. Nr. 35). — Über einige praktische Gesichtspunkte in der Behandlung des chronischen Nasen- und Rachenkatarrhs von Dr. Freudenthal (Zeitschr. f. diät. u. phys Ther. 6. Bd. 4. H. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 33). — Eine alte diätetische Behandlung des akuten Schnupfens von Dr. Sternberg (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 6. Bd. 8. H.). — Ein neuer Gesichtspunkt in der Behandlung des frischen Schnupfens von Dr. Spiess (Fränkels Arch. f. Laryng. 12. Bd.). — Über Amyloform gegen Schnupfen von Dr. Lepa (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 4). — Über die Anwendung des Menthol-Jodols in der rhinolaryngologischen Praxis von Dr. Joris (Klin.-therap. Wochenschr. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 6. H.). — Ichthargon und seine Verwendung bei Erkrankungen der Nase und des Rachens von Dr. Douglas (Med. Rec. — Med. Blätter Nr. 39). — Über die Radikaloperationen und ihre Indikation bei chronischem Empyem der Kieferhöhle von Dr. Hajek (Wien. klin. Rundschau Nr. 4. — Schm. Jahrb. 274. Bd. 4. H.). — Die Wichtigkeit der Nasenanomalien für die innere Medizin; ihre soziale und forensische Bedeutung von Dr. Jonas (Deutsche Ärzte-Ztg. Nr. 16, 1901.). — Die adenoiden Vegetationen und die Taubstummheit von Dr. Zwillinger (Ung. med. Presse Nr. 1).

Digitized by Google

S.

Sauerstofftherapie. Prof. Gärtner (Wien) stellte Versuche über intravenöse Sauerstoffinfusion an Tieren an, die ergaben, dass zwischen Sauerstoff- und Luftinfusion ein diametraler Gegensatz bestehe: die Luft ist ein Fremdkörper im Gefässsystem, der nur sehr allmählich durch die Lunge ausgeschieden werden kann, während der Sauerstoff ein unentbehrlicher Bestandteil des Blutes ist und von demselben in grossen Mengen aufgenommen und konsumiert wird. Es unterliegt nach Autor keinem Zweifel, dass eine Sauerstoffinfusion, mit der nötigen Vorsicht ausgeführt, auch beim Menschen ungefährlich verliefe. Es kann sich hierbei nur um akute und transitorische Zustände handeln, Zustände, bei denen die Sauerstoffaufnahme durch die Lungen vorübergehend so ungenügend ist, dass der Tod des Individuums eintreten würde. In solchen Fällen könnte man daran denken, die zur Erhaltung des Lebens noch fehlende Quantität auf intravenösem Wege einzuverleiben. Erstickungszustände auf mechanischer Grundlage, sehr ausgedehnte Pneumonien, dann die Vergiftung mit Kohlenoxyd wären nach Ansicht Gärtners die zunächst in Betracht kommenden Erkrankungen des Erwachsenen. Vor allem hält er aber einen Versuch für angezeigt bei asphyktischen Neugeborenen, bei welchen durch den lange andauernden Sauerstoffmangel das Atmungszentrum funktionsunfähig geworden ist, während der Herzschlag noch andauert. Infusion einer kleinen Menge von Sauerstoff, die in diesem Falle durch die Nabelvene erfolgt, würde den bestehenden Circulus vitiosus durchbrechen. Beim Erwachsenen würde es sich schliesslich empfehlen, zur Infusion eine vom Herzen möglichst weit entfernte Vene zu benützen, um dem Blute Gelegenheit zu geben, eine recht grosse Quantität des Gases schon vor Eintritt in das Herz zu absorbieren.

Dr. Kovács (Budapest) stellte Versuche an, die ergaben, dass das hypervenöse Blut der dyspnoischen Kranken durch Einatmung von Sauerstoff arteriöser wird. Kovács hält die Sauerstofftherapie bei Affektionen des Herzens und der Respirationsorgane, sobald die Symptome der Hyperkarbonisation auftreten, nicht nur wissenschaftlich für gerechtfertigt, sondern nach dem heutigen Stande der therapeutischen Grundprinzipien entschieden für indiziert.

Auch Prof. A. v. Korányi ist von dem Nutzen der Sauerstoffinhalationen bei Herzkranken überzeugt.

Dr. Glass sen. behauptet, dass das Oxygen nicht nur dadurch wirkt, dass es die inhalierte Luft reicher macht, sondern per se, auf toxischem Wege, wie andere Heilmittel. So wurde bei perniciöser Anämie der ungemein schwache Puls nach O.-Inhalation kräftiger und normal. Die Obduktion deckte ein vollkommen degeneriertes Herz auf und das O konnte selbst auf ein solches wirken. Ausgezeichnet wirkte das O bei Emphysem, Asthma bronchiale und cardiale, Pneumonie, bei Hyperemesis gravidarum, Kohlenoxyd- und Morphiumvergiftungen, Marasmus. Sehr empfiehlt es Glass nach Chloroformnarkose, um ihre Nachwirkungen zu mildern. Endlich hält er auch vom humanen Standpunkte die O-Inhalationen für angezeigt, um Euthanasie hervorzurufen.

Dr. Rogovin (St. Petersburg) glaubt auf Grund seiner an Prof. v. Leydens Klinik gemachten Erfahrungen schliessen zu können, dass der Sauerstoff als ein nicht zu unterschätzendes therapeutisches Mittel gelten kann und häufigere Anwendung verdient. In diesem Sinne sind auch die experimentellen Versuche ausgefallen; die sauerstoffreiche Luft hatte auf die Vergiftungserscheinungen nach Einverleibung von Strychnin, Morphium, Chloroform, Leuchtgas, Anilinöl einen lindernden resp. lebensrettenden Einfluss. Die Misserfolge, die von einzelnen Autoren bei der Sauerstofftherapie beobachtet wurden, glaubt

Digitized by Google

Verfasser auf die Methode der Applikation einereseits und die Indikationsstellung andererseits zurückführen zu müssen.

Prof. Gärtner über intravenöse Sauerstoffinfusion in der Gesellschaft der Ärzte in Wien (Münch. med. Wochenschr. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 8. H.). — Dr. Kovács, Prof. A. v. Korányi und Dr. Glass über die Anwendung von Oxygeninhalationen in der Therapie im Budapester königlichen Ärzteverein (Ung. med. Presse Nr. 19) — Klinische und experimentelle Untersuchungen über den Wert der Sauerstoffinhalation von Dr. Rogovin (Zeitschr. f. klin. Med. 46. Bd. 5. H.).

Scarlatina. Von der Idee ausgehend, dass die bei den akuten Exanthemen nach Überstehen der Krankheit erworbene dauernde Immunität auf dem Gehalt des Blutserums an Antitoxinen oder speziell baktericiden Stoffen beruhe, welche nach der Krankheit in der Rekonvalescenz in besonders ausgiebiger Weise ins Blut geraten, stellte Prof. v. Leyden (Berlin) bei 15 Scharlachkranken Versuche an mit einem Serum, das er aus dem am fünften bis achten Tage nach völliger Entfieberung der Scharlachkranken durch Aderlass erhaltenen Blute bereitete. Es wurden 20—40 ccm Serum im ganzen eingespritzt; auf einmal 20 ccm, eventuell am nächsten Tage noch einmal dieselbe Dosis. Niemals wurde die geringste Unannehmlichkeit nach dem Serum beobachtet, so dass die völlige Unschädlichkeit desselben erwiesen ist. In fünf Fällen war ein deutlicher Erfolg zu konstatieren. Das Fieber ging schon am nächsten Tage, gewöhnlich dem vierten Tage der Krankheit, vom Beginn des Schüttelfrostes an gerechnet, zur Norm zurück. Das Allgemeinbefinden wurde gut, die Pulsfrequenz geringer. In den übrigen Fällen war der Erfolg nicht so deutlich. v. Leyden schliesst, dass die Versuche, die bisher nur an Erwachsenen (über zwölf Jahre) angestellt sind, zu weiteren Erfahrungen, namentlich bei Kindern ermuntern, zumal die Unschädlichkeit des Serums sicher erscheint. Bei Kindern würden auch kleinere Dosen, 5—10 ccm, genügen, um eine Wirkung eintreten zu lassen.

Dr. Moser (Wien) stellte aus den im Herzblut von verstorbenen Scharlachkranken gefundenen Streptokokken ein Serum her, mit welchem er 81 Scharlachkranke behandelte. Es geht aus den Versuchen hervor, dass das in Anwendung gebrachte Immunserum einen günstigen Einfluss auf den schweren Krankheitsprozess beim Scharlach ausübt und dass die gewonnenen Erfahrungen die Ansicht zu stützen geeignet sind, die Streptokokken wären die wirklichen Erreger des Scharlachs; dafür spricht auch, dass bei 99 untersuchten Fällen von Scharlachtod 36 mal Streptokokken aus dem Herzblut gezüchtet werden konnten. Die Scarlatinastreptokokken unterscheiden sich auch von den bei anderen Krankheiten gefundenen; sie sind selten pathogen für Kaninchen und dann nur in grossen Mengen. Das therapeutisch verwendete Immunserum agglutiniert die zu seiner Herstellung verwendeten Scharlachstreptokokken in ganz differenter Weise, wie andere Stämme.

Prof. Baginsky (Berlin) stellte Versuche mit dem Aronsonschen Streptokokkenserum bei Scharlach an. Der Effekt der Injektionen mit Aronsonschem Serum ist nach Autor mehr ein subakuter Umschwung im Krankheitsbilde, während das Moser-Escherichsche Serum plötzlich aus schwerem Kranksein zur Euphorie führen soll. Letzteres hat aber den Nachteil, dass es, von nicht tierpathogenen Stämmen gewonnen, nicht zu dosieren ist.

Dr. Sohn behauptet, dass es sich bei dem septischen Scharlach um eine durch die Atmungsluft erfolgte Infektion mit Streptokokken handelt. Deshalb möge man auf eine gründliche Desinfektion eines Zimmers nach grösseren Eiterungen dringen, unter keinen Umständen aber einen Scharlachpatienten in Räumen unterbringen, in denen Kranke mit Eiterungen und sei es auch vor längerer Zeit gelegen haben. Auch in der Privatpraxis soll man nach Möglichkeit septische Scharlachkranke von den aseptischen trennen.

Dr. Grósz (Budapest) liefert eine Übersicht über die Behandlung des Scharlachs, wie sie im Bródy-Kinderhospital geübt wird. Er wendet sofort nach dem Fieberstadium jeden zweiten Tag Bäder an, lässt die Kinder drei Wochen im Bette wegen der in dieser Zeit am häufigsten auftretenden Kom-

Digitized by Google

plikationen, untersucht vom ersten Tage bis zum Ende der dritten Woche täglich den Urin. Antipyretisch wird nur mit Chinin und Antipyrin bei Temperaturen über 39:5° C. vorgegangen, er bevorzugt aber im Bette vorzunehmende kalte Einwickelungen mit zimmerwarmem Wasser. In 79 Fällen von Angina scarlatinosa, häufig schweren Grades, verwendete er nebst Halsumschlägen von kaltem oder Eiswasser, ein- bis zweistündliche Halsausspülungen mit 3% Borsäure oder 1%iger Kalichloricumlösung. Nur bei kleinen Kindern mit viel Sekret wird der Rachen vorsichtig ausgespritzt, nicht gepinselt. In 28 Fällen von Nephritis scarlatinosa wurde Milchdiät, mit Eichelkaffee, Eiern, Kefir durchgeführt. Bei Schwellungen mit Fieber, Pulsbeschleunigung, Oligurie: Digitalis mit Kali aceticum, Diuretin. Beim Schwinden des Fiebers und noch geringer Diurese werden heisse Bäder (30° R.) gemacht und auf 32° erhöht; nachher wird das Kind für ein bis zwei Stunden in wollene Decken gehüllt. Kontraindiziert sind die Bäder bei hohem Fieber, geschwächter Herztätigkeit, ausgedehnten Lungenerscheinungen; in diesem Falle reicht man mit nasskalten Einwickelungen und trockenen Decken darüber aus. Bei länger dauernder Albuminurie und Anämie gibt er Chininum tannicum mit Diät von leichtem Fleisch, feinem Gemüse und Eiern mit guten Resultaten.

Dr. v. Vogl (München) tritt nach seinen reichen Erfahrungen für den Gebrauch der kalten Bäder beim Scharlach, wenigstens wenn es sich um schwere Fälle einer bösartigen Epidemie handelt, ein. Das Schema für die Anwendung lautet: Alle zwei bis drei Stunden ein Bad von 20—16° C, eine Viertel Stunde lang, so oft der Kranke 39,0 bis 39,5° C misst. Vor dem Bade wird den Kranken eine kleine Tasse heissen Tees mit Kognak gereicht, während des Bades werden sie ununterbrochen mit einem grossen Schwamm am ganzen Körper energisch abgerieben und mit kaltem Wasser mehrfach übergossen, dann flüchtig abgetrocknet und in das vorgewärmte Bett gebracht. Vorausgesetzt ist, dass keine primären Komplikationen seitens des Herzens vorliegen, wie Herzfehler, Sklerose der Gefässe, Emphysem etc. Der Einfluss dieser Behandlung ist ein überaus günstiger.

Dr. Tobeitz wendete bei Scharlach innerlich das Oleum therebinthinae rectif. bis 25 Tropfen pro die an und fand diese Medikation prophylaktisch gut zur Verhütung von Albuminurie und Nephritis; wo diese Affektionen schon bestanden, hörten sie nach Darreichung des Mittels auf. Schädliche Nebenwirkungen, etwa auf die Niere selbst, kamen nicht zur Beobachtung; die günstigen Befunde können auch nicht durch Zufall oder geringe Infektiosität der Epidemien erklärt werden, sondern scheinen dem Mittel zuzuschreiben zu sein.

Dr. Poliewktow hat sehr zufriedenstellende Resultate bei Scharlachangina mittelst Karbolinjektionen erzielt. Zu den Injektionen gebraucht Poliewktow eine Spritze, die 3 g Flüssigkeit fasst und deren Nadel unter stumpfem Winkel gebogen ist; es wird immer eine 3%ige Lösung angewandt: kleine Kinder erhalten 1/3 der Spritze, also 0,03 Karbolsäure; mehr erwachsene Kinder 1/2 Spritze. Nach den Beobachtungen des Autors sollen die Injektionen schon am zweiten Krankheitstage vorgenommen und in mittelschweren Fällen bis zum achten Krankheitstage fortgesetzt werden, etwa bis zum Abfallen des Fiebers. In schweren Fällen kann man die Einspritzungen acht Tage hintereinander unternehmen, sogar zweimal am Tage, natürlich müsse man dabei die Beschaffenheit des Urins verfolgen.

Dr. Siecke (Oranienburg) empfiehlt das Sozojodolnatrium zum Einblasen in den Rachen bei Scharlach.

Die Behandlung des Scharlachs mit Rekonvalescentenserum von Prof. v. Leyden (Deutsch. Arch. f. klin. Med. 73. Bd. — Zeitschr. f. phys. u. diät Ther. 6. Bd. 1. H.). — Über die Behandlung des Scharlachs mit einem Scharlachstreptokokkenserum von Dr. Moser (Wien. klin. Wochenschrift Nr. 41). — Prof. Baginsky über Scharlachserum in der Berliner medizinischen Gesellschaft (Med. Woche Nr. 45.). — Dr. Sohn über Prophylaxe des septischen Scharlachs im Revaler Ärzteverein (St. Petersb. med. Wochenschr. Nr. 15). — Dr. Grósz über die Behandlung des Scharlachs auf der ungarischen Naturforscherversammlung (Arch. f. Kinderheilk. 84. Bd. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 8. H.). — Zur Behandlung des Scharlachs und der Pneumonie mit kalten Bädern von

Digitized by Google

Dr. v. Vogel (Münch. med. Wochenschr. — Medico Nr. 6). — Zur Pathologie und Therapie des Scharlachs von Dr. Tobeitz (Arch. f. Kinderheilk. 34. Bd. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 36). — Über die Behandlung des Scharlachangina mittelst Karboliniektion von Dr. Poliewktow (Med. Obosr. Nr 10. — Rev. d. russ. med. Zeitschr. Nr. 9). — Das Spezifikum gegen Scharlach von Dr. Siecke (Deutsche Med. Ztg. Nr. 10).

Schlaflosigkeit. Wo es irgend angängig ist, sollte man nach Dr. Laquer arzneilichei Schlafmittel nur im äussersten Notfalle heranziehen. Vielfach wird man mit anderen Massnahmen, insbesondere mit hydrotherapeutischen Prozeduren, zum Ziele gelangen, zumal der nervösen Schlaflosigkeit gegenüber. An erster Stelle ist hier die feuchte Ganzpackung zu nennen. Die Anwendung der feuchten Einpackung ist in all den mannigfachen Fällen von Schlaflosigkeit infolge nervöser Unruhe bei Neurasthenikern, bei anämischen, kachektischen und sonst in der Ernährung heruntergekommenen Personen, ferner auch bei Fieberkranken angezeigt. In manchen Fällen genügt auch schon die Anwendung einer blossen Rumpfpackung zur Herbeiführung des Schlafes. Führt diese Massregel nicht zum Ziele, so nehme man seine Zuflucht zu den prolongierten lauwarmen, resp. warmen Vollbädern von 33—37° C Temperatur und ¼—½ stündiger Dauer kurz vor dem Schlafengehen. Wo Vollbäder nicht durchführbar sind, muss man sie durch lauwarme Sitzbäder zu ersetzen suchen, die ebenfalls vortreffliche Dienste tun. Solche Sitzbäder sind besonders in den Fällen angezeigt, wo gesteigerte sexuelle Erregbarkeit die Ursache der Schlaflosigkeit ist. Von der Winternitzschen Schule werden ferner kurze kalte Sitzbäder (von 23° C abwärts) als ein vom Kopfe ableitendes Mittel gegen Schlaflosigkeit empfohlen. Demselben Zwecke dienen kalte Umschläge um den Kopf, sowie besonders kurze kalte Fussbäder von zwei Minuten Dauer oder feuchtwarme Umschläge um die Waden. Die Fussbäder leisten namentlich da gute Dienste, wo Kongestionen nach dem Kopfe und Kopfschmerzen die Ursache der Schlaflosigkeit sind, oder auch bei anämischen Personen, die wegen Kältegefühles an den Füssen am Schlafen gehindert werden. Dadurch, dass man bei Fieberkranken die hohe Temperatur durch kühle Bäder, resp. Halbbäder oder öfters gewechselte feuchte Packungen herabsetzt, wird man auch hier durch hydrotherapeutische Massnahmen den notwendigen Schlaf zu bringen im stande sein; in Fällen von Bronchialkatarrh, von Asthma oder beginnender Tuberkulose wird man durch Kreuzbinden die katarrhalischen Erscheinungen und damit den schlafraubenden Husten lindern können. Ferner sei erwähnt, dass bei Schmerzen im Abdomen, besonders aber bei den unangenehmen Sensationen in diesem Körperteil, die bei Meteorismus, verstärkter Peristaltik und dergleichen so oft die Ursache eines schlechten Schlafes sind, der nachtsüber angelegte Priessnitzsche Umschlag um den Leib sich von jeher als vorzügliches schlafbringendes Mittel bewährt hat.

Nach Dr. Naumanns Erfahrungen leistet die lokale Massage der grossen Halsgefässe bei Bekämpfung der Schlaflosigkeit sehr gute Dienste.

Dr. Bumcke (Freiburg i. B.) empfiehlt auf Grund langjähriger Erfahrungen der psychiatrischen Klinik zu Freiburg i. B. das Paraldehyd als brauchbarstes Hypnotikum. Um einen sicheren Erfolg, das Eintreten eines ruhigen, festen Schlafes zu erzielen, bedarf man einer Dosis von mindestens 3 g Paraldehyd; bei schwereren Graden von Agrypnie kann man die Dosis auf 3—6 g steigern. Nur bei sehr heftigen Erregungszuständen bei Geisteskranken ist Paraldehyd kontraindiziert; bei diesen Zuständen wirkt das Scopolamin (Hyoscin) vortrefflich. Man benutzt die 2‰iger Lösung von Scopolaminum hydrobrominum zu subkutanen Injektionen, die Dosen sind 0,5, 1 und 1,5 mg. Fast stets genügen schon 0,5—1 mg, um eine Beruhigung der aufgeregten Kranken herbeizuführen.

Die Hydrotherapie der Schlaflosigkeit von Dr. Laquer (Heilk. — Medico Nr. 3). — Massage der grossen Halsgefässe bei Schlaflosigkeit von Dr. Naumann (Wratsch. Gas. Nr. 5. — Ther. d. Gegenw. 12. H.). — Paraldehyd und Scopolamin als Schlaf- und Beruhigungsmittel für körperlich und geistig Kranke von Dr. Bumcke (Münch. med. Wochenschr. Nr. 47).

Digitized by Google

Schweissfuss. Dr. Grumme (Meiningen) benutzte bei Schweissfuss das Tannoform rein als Streupulver, indem er es ausgiebig in die Strümpfe oder Fusslappen streuen liess, welche die Leute auf den frisch gereinigten Fuss anlegten und 24 Stunden anbehielten. Der Erfolg war in allen Fällen ausserordentlich gut, die Haut war dunkelbraun gefärbt und die Schweissabsonderung völlig beseitigt; nach einiger Zeit ging die Braunfärbung zurück und nach drei bis vier Wochen setzte die Schweissekretion wieder ein, so dass abermaliges Einstreuen notwendig wurde. Schädliche Nebenwirkungen traten nie auf. Bei Mischung des Tannoform mit Talkum aus Ersparnisrücksichten war die Wirkung weniger intensiv und nur von kurzer Dauer; Tannoformsalbe und Tannoformlösungen blieben ohne Erfolg.

Behandlung des Schweissfusses von Dr. Grumme (Münch. med. Wochenschr. Nr. 8).

Sehschwäche. Einäugige, oft sehr beträchtliche Herabsetzung der Sehschärfe ohne krankhaften Spiegelbefund ist nach Prof. Cohn (Breslau) bei hyperopischen Personen keine Seltenheit. Derartige Fälle können durch methodische monatelange tägliche Übungen des sehschwachen Auges mit Konvexgläsern wesentlich gebessert werden. Verfasser hat für diesen Zweck durch den Optikus Heidrich (Breslau, Schweidnitzerstr. 27) eine Übungsbrille herstellen lassen, welche für das sehschwache Auge zunächst ein starkes Konvexglas + 20 trägt, während an Stelle des anderen Brillenglases eine von drei Drähten begrenzte, aus mehrfach übereinander gelegter schwarzer Seide gebildete Wand an das Gestell angenäht ist. Letztere muss dem Gesichte genau so angepasst werden, dass das gesunde Auge nicht das geringste sehen kann. Nach vierwöchentlicher Übung kann der Patient zumeist schon kleine Schrift mühsam mit + 16 lesen; dann setzt man dieses Glas ein, geht nach vier Wochen auf + 12 über und zieht so monatlich immer schwächere Konvexgläser heran, bis der Patient nach Jahresfrist mit + 3 oder + 2, welche der Hyperopie des Auges entspricht, feinste Schrift lesen kann. Energie und Fleiss sind freilich zur Erzielung solcher Erfolge unentbehrlich.

Methodische Sehübungen bei Sehschwäche von Prof. Cohn (Deutsche Ärzte-Ztg. Nr. 1. — Medico Nr. 3).

Silberpräparate. Dr. Beyer (Dresden) kommt auf Grund seiner Erfahrungen bezüglich der Collargol-Therapie der septischen Erkrankungen zu folgenden Schlüssen: 1. Was die Mengenverhältnisse anlangt, so steht fest: Je mehr Silber einmalig zugeführt wird, desto intensiver ist auch die Wirkung. Man muss also, um Erfolg zu sehen, grosse Dosen geben. Aus Nichtbeachtung dieser Regel erklärt sich mancher Misserfolg. 2. Die Wirkung des Silbers auf Bakterien ist eine mehr hemmende als abtötende. Deshalb muss der Körper lange Zeit unter Silberwirkung gehalten werden, besonders dann, wenn eine Neuinfektion im Körper stattfinden kann. 3. Das Silber wird rasch ausgeschieden, es muss also immer von neuem zugeführt werden. 4. Die Zufuhr von Silber ist auf verschiedenem Wege möglich. Bei der Einreibung in die Haut geht eine langsame aber sehr stetige Aufnahme vor sich. Am schnellsten wird eine Einwirkung durch intravenöse Injektion erzielt, die auch da am Platze ist, wo, wie bei Sepsis infolge Kollapses oder Kontraktion der Hautgefässe, eine Resorption durch die Haut wenig wahrscheinlich ist.

Dr. Credé (Dresden) erwähnt, dass nach intravenöser Injektion meistens kurz dauernde Temperatursteigerungen, eventuell mit Frösten eintreten, die jedoch ohne jeden Nachteil blieben. Um diese zu verhüten, filtriert er jetzt die ½—1%ige Collargollösung vor der Anwendung oder er hält sie im Glase ganz ruhig und entnimmt mit der Spritze nur aus der oberen Hälfte Flüssigkeit. Auf diese Weise wurden keine korpuskulären Elemente mit in die Blutbahn gebracht, welche recht wohl durch Verstopfung von Lungengefässen etc. Fieber und Frost herbeiführen könnten. Die spezifische und prompte Wirkung dieser Injektionen sei ihm auch noch in neuester Zeit wieder un-

Digitized by Google

anfechtbar in Erscheinung getreten, so dass er sie bei schwerer Sepsis und verwandten Krankheiten nur dringend empfehlen könne.

Dr. Haase wendet das Collargol in Form von subkutanen Infusionen an, d. h. er injizierte nicht eine kleine Quantität konzentrierter Lösungen, sondern infundierte 1 1/2 Liter steriles Wasser, dem 3 g Collargol zugesetzt sind. Dadurch gelange das Collargol sofort in den Blutkreislauf.

Dr. Müller (Bütow) hat mit der intravenösen Injektion von Collargol bei septischen Erkrankungen in 30 Fällen so prompte Erfolge erzielt, dass er das Mittel jetzt bei solchen Affektionen mit demselben Vertrauen injiziert, wie das Serum bei Diphtherie. Seine Fälle betrafen schwere Erysipele, Meningitis cerebrospinalis epidemica, Perimetritis, Mastitis, hartnäckige Lymphangitis, Phlegmone, akuten Gelenkrheumatismus, Pleuritis exsudativa, Appendicitis, Peritonitist etc. Er injiziert Erwachsenen 5 g, Kindern 2,5—4 g einer 1% Lösung.

Über die Anwendung des Itrol in der Augenheilkunde äussert sich Dr. Bock (Laibach) folgendermassen: Itrol wirkt als Pulver ausgezeichnet bei recht saftigem Pannus trachomatosus und bei Trachom mit sehr reichlicher Absonderung. Das eingestäubte Itrol findet dann genügende Menge von Flüssigkeit, um im Bindehautsack gelöst zu werden, andernfalls ist es bei Trachom wirkungslos. Hornhautgeschwüre jeder Art, welche schlecht heilen, reinigen sich schnell bei Einstäubung von Itrol. Seine auffallendste Wirkung aber entfaltet Itrol bei grossen Phlyktänen der Augapfelbindehaut, wenn diese Blasen, frühzeitig geborsten, Wundflächen darstellen, welche mit absterbendem und eiterndem Gewebe bedeckt sind. Diese durch ihre Hartnäckigkeit so ungenehmen Krankheiten kommen unter Bestäubung mit Itrol in wenigen Tagen zur Heilung.

Dr. Beyer, Dr. Credé und Dr. Haase über Collargoltherapie der septischen Erkrankungen in der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden (Münch. med. Wochenschr. Nr. 8). — Die intravenöse Injektion von Argentum colloidale Credé (Collargol) bei septischen Erkrankungen von Dr. Müller (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 11). — Über Itrol von Dr. Bock (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 36).

Skoliose. Nach Dr. Coudrays Ansicht besteht bei Skoliose eine Ernährungsstörung, die zu beheben die Aufgabe der Therapie ist. Die Harnanalyse bei Skoliose ergibt ein Fehlen von fast der Hälfte des Kalkes, des Chlornatriums und der Phosphorsäure. Die Kalkphosphate werden schlecht assimiliert und gehen im Kot fast unverändert ab. Man soll deshalb Chlorcalcium in einer 10%igen Lösung und Phosphor in organischer Verbindung (Eidotter, Hirn, Phosphormilch) bei Skoliose verabreichen.

Dr. Schanz bespricht den Einfluss der Massage und Heilgymnastik auf den skoliotisierenden Prozess und auf die skolotische Deformität. Massage und Heilgymnastik vermindern den schädlichen Einfluss der statischen Inanspruchnahme, indem die Ermüdungshaltung zeitlich beschränkt wird, sie erhöhen die Leistungsfähigkeit der Wirbelsäule durch allgemeine Kräftigung wie durch eine solche der Rückenmuskulatur. Beide Methoden sind ferner die wichtigsten Mittel zur Mobilisation der Wirbelsäule und zur Minderung ungünstiger Nebenwirkungen der Korsett- oder Gipsverbandbehandlung.

Nach Dr. Deutschländer hat die Therapie der schweren Skoliosen drei Hauptaufgaben zu erfüllen, 1. die Mobilisation, 2. die Redression, 3. die Fixation der redressierten Deformität, die aber nicht scharf voneinander getrennt sind. Die Mobilisation erfolgt durch Gymnastik, Massage, die Redression entweder durch die Hand des Arztes oder durch Druck- und Pendelapparate. Deutschländer bevorzugt für die Redression die schiefe Ebene und den Barwellschen Sitzrahmen, in welchem durch starke Extension der Wirbelsäule und durch eine Druckpelotte die Redression erstrebt wird. Nach gehöriger Redression wird bei schweren Skoliosen die Fixation durch Eingipsung des Rumpfes erstrebt. Der unter starker Streckung und Redression angelegte Gipsverband stützt sich oben an das Hinterhaupt, unten gegen das Becken. Der Verband bleibt mehrere Wochen liegen. Nach Abnahme des Verbandes erfolgt die Nachbehandlung mit Massage, gymnastischen Übungen und eventuell Stützkorsett. Die durch den Gipsverband erziel-

Digitized by Google

ten Resultate sind ziemlich günstig, man hat Streckung des Körpers bis zu 4—7 cm beobachtet. Jedenfalls ist auch die Behandlung der schweren Skoliosenformen heutzutage nicht mehr gaz undankbar.

Dr. Coudray über die Behandlung der Skoliose bei jungen Personen in der Société de Pédiatrie (Med. Blätter Nr. 32). — Über die Bedeutung der Massage und Heilgymnastik in der Skoliosentherapie von Dr. Schanz (Samml. klin. Vortr. Nr. 323. — Deutsche Praxis Nr. 1). — Die Behandlung der schweren Skoliosen von Dr. Deutschländer (Zeitschrift f. orthop. Chir. — Deutsche Praxis Nr. 1).

Stauungshyperämie. Die künstliche Hyperämie, die Prof. Bier (Greifswald) seit mehr als einem Jahrzehnt anwendet, kann als arterielle und venöse Hyperämie zur Anwendung kommen. Für die Erzielung der aktiven arteriellen Hyperämie dient als Wärmequelle der Quinckesche Schornstein, ein rechtwinklig geknicktes, nach unten sich verbreiterndes Blechrohr, das zugleich mit der einfachen Spirituslampe an einem Stativ verstellbar angebracht ist. Das obere Ende leitet die Luft in die Heissluftkästen, die am besten im Interesse des praktischen Arztes ganz einfach hergestellt werden, und zwar als Holzkästen, die der Grösse des Körperteiles entsprechen, die ferner mit Wasserglas getränkt und mit Packleinwand bekleidet werden. Sie besitzen Ausschnitte für Eintritt und Austritt des erkrankten Körperteils, oben ein Zugloch und ein Thermometer. Die arterielle Hyperämie wird angewendet bei Versteifungen der Gelenke, bei Elephantiasis und Gelenksergüssen, bei Ischias und Lumbago, bei Varikositäten und bei Erfrierungen. — Die venöse oder die Stauungshyperämie erzeugt Autor durch zentrales Abschnüren der Extremität mittelst einer elastischen Binde, wobei es von besonderer Wichtigkeit erscheint, eine möglichst hochgradige Stauung hervorzurufen, ohne Schmerzen zu erzeugen. Die Haut der betreffenden Extremität darf weder blau sein, noch sich kalt anfühlen, sondern muss blaurot und ödematös sein und sich warm anfühlen (heisse Stauung). Die Stauungshyperämie vermehrt bei längerer Einwirkung das Bindegewebe und führt zu Knochenverdickungen, und ist daher angezeigt zur Behandlung von Pseudarthrosen. Ein grosses Verdienst hat sich Verfasser dadurch erworben, dass er durch Hinweis auf die hohe bakterientötende Wirkung der Stauungshyperämie dieselbe in die Behandlung der Infektionskrankheiten, speziell der Gelenkstuberkulose eingeführt hat. Am auffallendsten ist die Wirkung bei der schmerzhaften Tuberkulose, indem die Schmerzen nach einigen Tagen fast ganz aufhören oder erheblich vermindert werden. Da es nicht notwendig ist, während der Stauungshyperämie die Extremität in einem steifen Verbande zu halten und es sogar möglich ist, wegen der geringen Schmerzhaftigkeit leichte aktive und passive Bewegungen zu machen, tritt bei der Bierschen Behandlung eine Ankylose viel seltener auf, als bei anderweitiger Behandlung. Als ein Nachteil der Behandlung kann hervorgehoben werden, dass dieselbe die Bildung von kalten Abscessen begünstigt; dieselben sind dann mit Punktion und Injektion von Jodoformglycerin zu behandeln. In Verbindung mit Massage hat sich die Stauungshyperämie auch bei anderen Infektionskrankheiten der Gelenke (Pyämie, Gonorrhöe, Rheumatismus) bewährt, und zwar eignen sich für diese Behandlung am besten die ganz frischen oder subakuten Fälle. Die Stauungshyperämie hat auch eine auflösende Wirkung und kann daher, ähnlich wie die arterielle Hyperämie, bei allen möglichen Gelenkssteifigkeiten angewendet werden, muss aber, da sie sonst die Resorption der gelösten Teile verhindern würde, stets mit Massage verbunden werden.

Über praktische Anwendung künstlich erzeugter Hyperämie von Prof. Bier (Ther. d. Gegenw. 2. H. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 5. H).

Stokes-Adamssche Krankheit. Der Symptomenkomplex dieses Krankheitsbildes stellt sich, wie Dr. Jaquet (Basel) mitteilt, aus Pulsverlangsamung, Ohnmachtsanfällen und Konvulsionen zusammen. Besonders charakteristisch für den langsamen Puls ist seine Hartnäckigkeit, so dass Lagewechsel, Muskelarbeit, rascher Gang und selbst Fieber ohne jeden

Digitized by Google

Einfluss auf die Pulsfrequenz sind; nur Digitalis konnte in einem Falle die Schlagzahl verdoppeln. Der gespannte Puls kann durch Arteriosklerose, in manchen Fällen durch aktive Vasokonstriktion bedingt sein. Die Anfälle selbst haben apoplektiformen oder epileptiformen Charakter und werden durch dyspeptische Vorgänge entschieden begünstigt. Ätiologisch kommen Arteriosklerose, Lues, Alkohol-Nikotinabusus, fettige Degeneration des Herzens, Erkrankungen der Halswirbelsäule, vielleicht auch akute Infektionskrankheiten in Betracht, so dass natürlich der anatomische Befund je nachdem divergiert und eine befriedigende einheitliche Erklärung der Symptome noch nicht möglich ist. Die Autoren nehmen entweder einen rein kardialen oder rein bulbären Ursprung der Erkrankung an (manche nehmen einen vermittelnden Standpunkt ein), Jaquet möchte besonders den Vasomotoren eine gewisse Bedeutung einräumen. Die Prognose ist stets sehr ernst. Kardiotonika, besonders Digitalis, sind ohne Wirkung. Bessere Resultate ergaben Amylnitrit, Sauerstoffinhalationen, wenn nötig, antiluetische Behandlung, besonders aber Regelung der Magen-Darmfunktionen und Milchdiät.

Über die Stokes-Adamssche Krankheit von Dr. Jaquet (Deutsch. Arch. f. klin. Med. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 20).

Strabismus. Dr. Davis steht auf dem Standpunkte, das Schielen erst dann operativ zu behandeln, wenn alle unblutigen Besserungsmittel erfolglos versucht sind. Als solche verwendet er: Atropin zur Lähmung der Akkommodation, bezw. Beschränkung der Konvergenz-Bestrebungen, Atropin und volle Gläserkorrektion, Übungen bei Verschluss des besseren Auges, stereoskopische Übungen und Innehaltung eines genauen Abstandes der Objekte vom Auge. Wird hiermit nichts erreicht, so hält er jede Verzögerung der Operation für schädlich, auch bei Kindern von vier Jahren an. Er operiert nach Panas und schliesst zur Unterstützung des Eingriffes methodische Übungen an.

Der Strabismus und seine Behandlung von Dr. Davis (Post-Graduate 17. Bd. 1. H. — Schm. Jahrb. 275. Bd. 7. H.).

Struma. Zur Feststellung des Kropftypus benutzt Prof. Beck (New-York) die Röntgenstrahlen, mit welchen es Autor gelang, bei den cystischen und fibrösen Formen die Kalkablagerungen als sehr deutlich markierte Schatten darzustellen. Die follikulären und kolloiden Formen eignen sich besonders für das Einspritzungsverfahren mit Jodoformäther. Als Instrument dient dem Verfasser eine einfache Pravaz'sche Spritze, aus welcher er jedesmal ungefähr 20 Tropfen einer saturierten Lösung von Jodoform in Äther injizierte. Die Nadel muss sehr stark sein und ein genügend weites Kaliber besitzen. Der Injektion müssen alle aseptischen Kautelen vorausgehen. Man kann die Lokalbehandlung noch durch die Darreichung von Jodpräparaten oder noch besser von Jodothyrin unterstützen. Wo jedoch die Röntgenstrahlen das Vorhandensein von Kalkherden nachgewiesen haben, ist von der Injektions- und Organtherapie nichts zu erwarten und sollte dann das Messer in seine Rechte treten.

Beitrag zur Diagnostik und Therapie der Struma von Prof. Beck (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntg. 4. Bd. — Ther. Monatsh. 4. H.)

Syphilis. Die akute syphilitische Gelenkentzündung, die mit Hydrops und Schwellung der Gelenkkapsel einhergeht, hält Dr. Borchard für nichts weiter, als für die Beteiligung der Synovialis an einer akuten allgemeinen Infektion, die naturgemäss so oft auftreten kann, wie das syphilitische Virus derartige Zeichen der Verallgemeinerung im Körper, d. h. Erscheinungen der sekundären Syphilisperiode hervorruft. Alle anderen syphilitischen Gelenkerkrankungen sind der Ausdruck eines lokalen syphilitischen Produktes, d. h. eines Gummas, wie er der tertiären Periode eigen ist. Diese Produkte haben ihren Sitz in der Synovialis, dem subsynovialen Gewebe und dem Knorpel. Die Zottenbildung ist nicht die Folge eines länger bestehenden Hydrops, eines fibrinösen Niederschlages auf der Synovialis, sondern ist bedingt durch die Bildung miliärer Gummata in der Synovialis. Auch die in den nur klinisch beobachteten

Digitized by Google

Fällen nachgewiesene Verdickung der Synovialis wird auf die Bildung solcher miliarer Gummata zu beziehen sein. Ferner glaubt Borchard nicht, dass der akute Hydrops syphiliticus ohne weiteres in die chronische Form übergehen kann. Letztere tritt erst ein, wenn es zur Bildung miliarer Gummata in der Proliferation von Zotten gekommen ist. Jeder Hydrops bei der sogenannten tertiären und kongenitalen Lues, jede luetische Gelenkerkrankung in diesem Stadium ist auf Gummabildung in der Synovialis, im parasynovialen Gewebe oder im Knorpel zu beziehen. Was nun die Therapie aller dieser Formen anlangt, so ist von einer energischen antiluetischen Behandlung am meisten zu erwarten. Man darf sich jedoch nicht verhehlen, dass in einigen Fällen der lokale Befund trotzdem sich nicht ändert und dass hier dann unsere sonstigen Behandlungsweisen von Gelenkleiden Platz zu greifen haben. Bei lange bestehenden schweren Veränderungen der Kapsel hält Borchard die Exstirpation der meist befallenen Partieen mit anschliessender antiluetischer Nachbehandlung für gerechtfertigt.

Die Diagnose der Lebersyphilis ist nach Prof. Einhorn (New-York) leicht, wenn eben noch andere syphilitische Erscheinungen zu beobachten waren, schwer, wenn seit längerer Zeit kein Zeichen von Syphilis auftrat, oder eine überstandene Lues überhaupt geleugnet wird. Vielmehr lässt sich dann die Diagnose nur aus dem Erfolge der eingeschlagenen antiluetischen Therapie stellen. Aber auch so kommt man nicht zum Ziele, wenn keine Gummata vorlagen. In diesen Fällen kann die Diagnose während des Lebens überhaupt nicht mit Sicherheit gestellt werden. Differentialdiagnostisch kommen hauptsächlich maligne Neubildungen in Frage. Die Resistenz der Geschwulst bildet dabei keinen Anhaltspunkt für die Entscheidung, wohl aber die Gewichtsabnahme, die bei maligner Erkrankung weit grösser ist. Eine Vermehrung der eosinophilen Zellen spricht nach Neisser für Syphilis. Der Erfolg der antiluetischen Behandlung ist für Gummata beweisend. Die diffuse syphilitische Lebervergrösserung gibt zu Verwechselungen mit der hypertrophischen Lebercirrhose durch Alkoholmissbrauch Anlass. Die Entscheidung liefert die Anamnese, ev. Spuren überstandener Syphilis einerseits, oder Gastritis alcoholica andererseits.

Die Grundsätze, welche den Arzt bei der Behandlung der Lebersyphilis leiten, sind, wie Dr. Fischer (Berlin) mitteilt, einfache, ihre Anwendung jedoch schwierig. Sobald es nur möglich ist, wird man Quecksilbereinreibungen und gleichzeitig innerlich Jodkalium verordnen. Diese Behandlung soll bis zum Verschwinden aller Erscheinungen fortgesetzt werden. Im folgenden Jahre wird dieselbe wiederholt, deren Dauer jedoch abgekürzt. Keinesfalls soll man unter dem Vorwande eines schlechten Allgemeinzustandes vorbereitende Behandlung einleiten, Das beste Tonikum ist Merkur. Gewisse Komplikationen erfordern eine besondere Behandlung. So der Ascites. Wenn es der Allgemeinzustand gestattet, wird man die Resorption des Exsudates durch energische Schweisserregung befördern; es ist dies ein wirksameres Vorgehen, als die Diurese und weniger gefahrvoll als die Anwendung der Diuretica. Gegen die starken gastrointestinalen Hämorrhagien gebraucht man äusserlich und innerlich Eis, Ferrum sesquichlorat., Ergotin, Hydrastinin und im Notfalle die Esmarchsche Binde an den Schenkeln. Die Diarrhöe bekämpft man mittelst Tannin, Colombo, mit Opium etc. Die Therapie hat aus den diagnostischen Fortschritten Nutzen gezogen. Die Resultate sind bessere geworden, seitdem man keine Versuche mit kleinen Dosen von Jodkalium mehr macht, sondern das Übel kühn mit starken Merkur- und Joddosen angreift.

Prof. Jadassohn (Bern) stellt folgendes Schema für die Behandlung der Syphilis in frischen Fällen auf: Im ersten Jahre eine energische und zwei mittlere Kuren, im zweiten Jahre zwei bis drei Kuren, davon eine energische. Im dritten Jahre zwei Kuren, je nach dem bisherigen Verlaufe stark oder schwach, eventuell eine Kur im vierten Jahre. Bei tertiären Erscheinungen ist oft die Jodtherapie allein nicht ausreichend, das Quecksilber leistet hierbei vielfach gute Dienste. Oft ist die Jodtherapie wegen zu kleiner Dosen unwirksam, man kann.

Digitized by Google

bei sorgfältiger Steigerung, 15—20 g Jodkali am Tage geben. Als ein weniger bekanntes Mittel gegen Jodismus verdient Aufmerksamkeit das Antipyrin, 2—3 mal täglich ½—1 g.

Die gegenwärtig gegebenen Dosen von Quecksilber genügen nach Dr. Leredde nicht bei schwerer Syphilis. Man muss die syphilitischen oder die parasyphilitischen Erkrankungen des Nervensystems weit energischer behandeln. Injiziert man Kalomel, dann tritt in den ersten Tagen eine starke Resorption desselben ein, und deshalb wirkt dieses Medikament energischer und besser, als alle löslichen Salze in gewöhnlichen Mengen. In grösseren Mengen als sonst gebräuchlich wirken die Salze geradeso oder energisch als Kalomel. Bei Darreichung von grossen Quecksilberdosen braucht man nur auf die allgemeinen Vergiftungssymptome und nicht auf die Stomatitis Rücksicht zu nehmen. Man kann Sublimat in Dosen von 3 cg pro die, das Benzoat oder Quecksilberjodid 6 bis 8 cg pro die verordnen. Kräftigen Individuen kann man 15 bis 20 cg Kalomel wöchentlich einspritzen. Wenn bei dieser Behandlung die parasyphilitischen Erkrankungen nicht heilen, dann ist die Behandlung schlecht eingeleitet worden. Bei schwerer Lues sind die Quecksilberinjektionen das einzige Mittel, um grössere Mengen von Quecksilber ohne Gefahr in den Organismus einzuführen.

Dr. v. Düring (Konstantinopel) fasst seine Erfahrungen dahin zusammen, dass im allgemeinen eine weit geringere Menge von Quecksilber hinreicht, um die Patienten von Tertiarismus und den übrigen Folgen der Syphilis zu bewahren, als diejenige ist, welche im Laufe einer chronisch-intermittierenden Behandlung nach Neisser-Fournier angewandt wird; dass weiter zweifellos die Quecksilberbehandlung vor dem Tertiarismus schützt; dass für das Auftreten des Tertiarismus aber trotz Quecksilber andere Faktoren, Anämie, Neurasthenie, Fieber, Alkohol, unregelmässige Lebensweise, geistige Überanstrengungen, Sorgen, Aufregungen, von der grössten Bedeutung sind. Schliesslich behauptet v. Düring direkt auf Grund seiner Erfahrungen, dass ein lang fortgesetzter innerlicher Gebrauch von Quecksilber zu den eben angeführten Ursachen für das Auftreten des Tertiarismus und Erkrankung des Nervensystems hinzutritt.

Dr. Orlipski (Halberstadt) wendet die Salicylquecksilberinjektion folgendermassen an. Die übliche Suspension

Rp.: Hydrarg. salicyl. 1,0
Paraffin liquid. 10—15,0

wird nicht in 8—12—15 vollen Spritzen verbraucht, sondern man injiziert jedesmal nur ¼—⅙ des Spritzeninhalts und macht dafür entsprechend mehr Injektionen, so dass schliesslich doch als Gesamtresultat die Einverleibung von 1 g Hg. salicyl., also die auch sonst durchschnittlich für eine Kur verlangte Menge, herauskommt. Die Vorteile dieses Vorgehens sind: 1. in negativer Beziehung: a) die viel sicherere Vermeidung von Infiltrationen und Abscedierungen und der damit verbundenen Beschwerden; b) die grössere Gewähr gegen unerwünschte u. erkurielle Wirkungen am Orte der Ausscheidung (Mund, Darm, Haut, Niere); c) eine grössere Sicherung gegen Deponierung von unberechenbaren Hg-Mengen an gewissen Prädilektionsstellen. 2. In positiver Beziehung bietet das Verfahren folgende Vorteile: a) Eine intensivere Einwirkung auf das Syphilisvirus, da es häufiger zu einer Umwandlung des Hg-salicylicum in Quecksilberchlorid kommt, welches in statu nascendi am wirksamsten ist; b) die über eine längere Zeit, mög lichst die ganze sogen. zweite Inkubationszeit (d. h. bis in den Beginn der Sekundärperiode hinein) sich erstreckende Zufuhr von Syphilis bekämpfendem Hg muss auch als ein Vorteil gelten.

Dr. Gaucher benutzt folgende Formel zur Injektion:

Rp.: Hydrarg. benzoic. 1,0,
Natrii chlorat 0,75
Aqu. dest. 100,0

Wichtig ist, dass der Apotheker nicht das benzoesaure Quecksilber des Handels, welches unrein und schwer zu lösen ist, anwendet, sondern sich dasselbe selbst präpariert, worüber Gruber genaue Vorschriften gibt. Die 1%ige benzoesaure Quecksilberlösung muss tief in das subkutane Gewebe der Hinterbacken (nicht in die Muskeln!) in der Dosis von 2 ccm

Digitized by Google

pro Tag injiziert werden; sie wird gut vertragen und verursacht nur geringen Schmerz, oft gar keinen.

Dr. Barthélemy, Dr. Lévy-Bing und Dr. Lafay empfehlen das Quecksilberjodid in Öl oder in Wasser gelöst, zu 0,015 pro Kubikzentimeter für Injektionen. Eine ölige Auflösung des Präparates gewinnt man durch Auflösen desselben in einer Mischung von Nussöl und Ricinusöl, die früher mit Alkohol gewaschen und sterilisiert wurde. Unter 1050 Injektionen kein Zwischenfall. Alle Kranken wurden geheilt.

Dr. Neubeck berichtet über einen Fall von Quecksilbervergiftung mit tödlichem Ausgange nach Einspritzungen von Hydrargyrum salicylicum. Wie Autor nachzuweisen trachtet, sind nach allen Methoden der Hg-Anwendung, auch die allgemein beliebte Schmierkur nicht ausgenommen, schwere Vergiftungen und Todesfälle vorgekommen. Die Ursache liegt nicht in der Art der Einverleibung, sondern eben im Quecksilber selbst und in der Idiosynkrasie Einzelner. Deshalb darf man die Injektionen mit unlöslichen Hg-Salzen, die vor den anderen Methoden eine oft geradezu überraschend schnelle Wirkung auf die Krankheit voraushaben, nicht verpönen. Unerlässlich sind neben vollkommener Beherrschung der Technik bestimmte Indikationen: Unversehrtheit von Nieren und Darm, Nachforschung über etwa schon erwiesene Idiosynkrasie und kräftiger, nicht anämischer oder durch Krankheit herabgekommener Körperzustand. Der Idiosynkrasie gegenüber sind wir machtlos.

Die Lungenembolie bei Injektion von unlöslichen Quecksilbersalzen lässt sich nach Dr. Möller vermeiden, wenn man genau darauf acht gibt, dass keine Blutung durch die Kanüle, noch auch Vorwölbung des Kanüleninhaltes stattfindet. Man wird also auch weiterhin bei entsprechender Vorsicht diese Methode, welche wegen ihrer Bequemlichkeit, Reinlichkeit und therapeutischen Wirkung für die ambulante und poliklinische Praxis kaum zu entbehren ist, anzuwenden durchaus berechtigt sein.

Dr. Kulisch (Halle a. S.) teilt einen Fall mit, in welchem an der Injektionsstelle von Hydrargyrum salicylicum sich ein Gumma gebildet hat.

Bezüglich der Quecksilberinjektionen bei der Behandlung der Syphilis äussert sich Prof. Fournier (Paris) folgendermassen. Als eventuelle, vorübergehende Behandlung behufs Erfüllung einer besonderen Indikation ist die Methode der Injektionen löslicher Quecksilbersalze annehmbar und im stande, gute Dienste zu erweisen. Aber als die gewöhnliche, übliche Behandlungsart der Syphilis ist sie nicht zu empfehlen; denn diese Methode ist von allen bekannten die am wenigsten praktische. Sie gehört zu den Behandlungsmethoden, die, abgesehen von ganz besondern Ausnahmefällen, der Arzt seinem Patienten niemals vorschlagen soll.

Dr. Lydston macht auf einige wichtige Technicismen bei der Behandlung der Syphilis aufmerksam. Patienten mit starker Idyosynkrasie gegen Jod vertragen dasselbe oft ohne alle Symptome, wenn sie es mit grossen Quantitäten Wasser nehmen. Die Inunktionskur lässt sich durch heisse Bäder und durch Trinken heissen Wassers sehr unterstützen. Endlich erfordert bei jeder spezifischen Behandlung der Zustand des Darmes eine genaue Berücksichtigung. Heftige Salivation hängt oft genug mit Obstipation zusammen. Diarrhöen während der Inunktionskur sind mit aller Energie zu bekämpfen, da sie zu schweren und dauernden Schwächezuständen der durch die Hg_2-Zufuhr gereizten Darmschleimhaut führen können.

Dr. Winkler (Nenndorf) gibt die chemische Erklärung, wie die Kombination der Schmierkur mit einer Schwefelwassertrinkkur und dem Gebrauche von Schwefelbädern es möglich macht, enorme Mengen Quecksilber durch den Körper hindurchzutreiben und so das syphilitische Virus zu vernichten, ohne den Organismus zu vergiften und ohne dass Salivation oder sonstige Intoxikationserscheinungen eintreten. Angesichts dieser Vorgänge der kombinierten Kur sollte man alle Fälle von Syphilis maligna, alle Fälle von Syphilis bei skrofulösen, tuber-

Digitized by Google

kulösen, kachektischen Individuen und endlich alle Syphilitiker, die das Quecksilber schlecht zu vertragen scheinen, ohne Zeitverlust in die Schwefelbäder schicken, um ihnen hier eine kombinierte Kur angedeihen zu lassen.

Dr. Russovici hat im Militärhospital 46 Luetische mit Pillen von Kalium bichromicum, 0,03—0,05 täglich, behandelt und gefunden, dass namentlich die sekundären Erscheinungen eine relativ rasche Besserung zeigten. Das Präparat scheint spezifische antiluetische Wirkungen zu haben, reizt nicht die Mundschleimhaut und hat keinerlei kumulative Wirkung, da die Elimination durch die Nieren rasch erfolgt. Hereditär-syphilitische Kinder zeichnen sich nach einer antisyphilitischen Kur meist durch blühende Gesundheit aus.

Dr. Heddäus (Essen ist der Ansicht, dass auch bei parasyphilitischen, von den Grosseltern her belasteten Kindern eine Schmierkur Heilwirkung erzielen würde. Noch besser wäre es, wenn gleich die Eltern dieser Kinder geschmiert würden. Überhaupt dürfte es für alle Eltern, die ein oder mehrere kränkliche Kinder haben, die an irgend einem Gebrechen leiden, das sich vererben könnte, und wäre es auch nur Kurzsichtigkeit hohen Grades, Pflicht sein, eine antiluetische Kur an sich vorzunehmen. Bei skrofulösen Kindern mit Augenleiden wendet Heddäus Kalomel innerlich und Einreibungen von Quecksilbersalbe seit Jahren mit bestem Erfolge an.

Wie Dr. Schuster (Aachen) meint, betrifft die Eklampsie neonatorum nicht gerade selten Kinder, welche aus Ehen latentsyphilitischer Eltern stammen. Die subkutane Einverleibung 10%igen Jodipins in der Menge von 10—15 Injektionen zu 1 g ist eine beachtenswerte neue Bereicherung bei der spezifischen Behandlung der Eklampsie der Säuglinge. Letztere bedürfen auch nach der Beseitigung der Krämpfe der zeitweisen spezifischen Behandlung.

Nach Prof. Lesser (Berlin) dehne man das Eheverbot bei Syphilitikern bis auf das fünfte Jahr aus; gestatte aber vor Ablauf der ersten drei Jahre keineswegs die Eheschliessung. Übrigens hängt hier viel von dem jeweiligen Falle und seiner Behandlung ab. Man muss daher die Zeit fixieren, wann die Krankheit eingesetzt hat und da ist die Bemerkung sehr wichtig, dass viele Patienten absichtlich den Arzt irrezuführen suchen, indem sie die Krankheit weit zurückdatieren, um sich auf diese Weise reinzuwaschen. Man achte daher mehr auf den Verlauf und die Form des Übels. Ist der Betreffende verlobt, so muss er, falls er im Frühstadium seiner Lues sich befindet, das Verlöbnis lösen. Was für den Mann gilt, besteht auch der Frau gegenüber zu Recht. Der Arzt stehe jedoch immer auf dem Standpunkte, dass er der Berater seiner Klienten ist; dass er seinen ganzen moralischen Einfluss geltend zu machen habe, ein Unglück zu verhüten; weiter jedoch darf er nicht gehen.

Über Verhütung und Bekämpfung der Syphilis schreibt Dr. Ledermann (Berlin). Autor behandelt zunächst die Überwachung und kontinuierliche Behandlung der Prostituierten, betont die Wirksamkeit der Belehrung der Rekruten und jungen Offiziere über die Prophylaxe der venerischen Krankheiten und macht den Vorschlag der Errichtung öffentlicher Sanatorien für ambulante Behandlung Syphilitischer. In diesen Sanatorien soll es z. B. auch den Ärmsten ermöglicht werden, die Einreibungen und nötigen Bäder gebrauchen zu können. Denn häufig genug bewohnen diese Armen mit vielen anderen Schlafgenossen einen einzigen gemeinschaftlichen Raum und würden durch eine Einreibungskur die unliebsame Aufmerksamkeit der Mitbewohner auf sich ziehen, weshalb sie es vorziehen, ihre Krankheit lieber unbehandelt sein zu lassen. Diesem Übelstand könnte abgeholfen werden, wenn man diesen Leuten einen Raum anweist, wo sie ungehindert ihre Einreibungen sich machen können.

Dr. Michels empfiehlt zur Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten Fläschchen mit 10%iger Protargollösung und Salbendosen mit Unguentum Paraffini

Digitized by Google

zu benützen. Jedesmal vor dem Coitus werden einige Tropfen der Schutzflüssigkeit in die Mündung der Harnröhre eingeträufelt und das ganze Glied gut mit der Salbe eingefettet, sofort nach dem Coitus Urin gelassen, das Glied gründlich mit Sublimatseife und Wasser gereinigt und nochmals einige Tropfen Protrargol eingeträufelt.

Über luetische Gelenkentzündungen von Dr. Borchard (Deutsche Zeitschr. f Chir. — Schm. Jahrb. 273. Bd. 2. H.). — Über Syphilis der Leber von Prof. Einhorn (Arch. f. Verd.-Kr. 8. Bd. 3. H. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 86). — Einiges über Lebersyphilis beim Erwachsenen von Dr. Fischer (Wien. med. Blätter. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 63). — Bemerkungen zur Syphilistherapie von Prof. Jadassohn (Korresp.-Bl. f. Schw. Ärzte. — Schm. Jahrb. 273. Bd. 2. H.). — Dr. Leredde über die Behandlung mit Quecksilber in der Académie de médecine (Med. Blätter Nr. 33). — Grundsätze der Syphilisbehandlung von Dr. v. Düring (Münch. med. Wochenschr. Nr. 37). — Ein Beitrag zur Syphilistherapie von Dr. Orlipski (Allg. med. Zentral-Ztg. — Medico Nr. 20). — Dr. Gaucher über eine neue Formel von benzoesaurem Quecksilber zu Injektionen in der Société médicale des hopitaux zu Paris (Münch. med. Wochenschr. Nr. 2). — Dr. Barthélemy, Dr. Levy-Bing und Lafay über Injektionen von Quecksilberjodid bei Syphilis in der Société de Dermatologie et de Syphiligraphie zu Paris (Med. Blätter Nr. 31). — Quecksilbervergiftung mit tödlichem Ausgange nach Einspritzungen von Hydrargyrum salicylicum von Dr. Neubeck (Dermat. Zeitschr. 9. Bd. 4. H. — Schm. Jahrb. 276. Bd. 12. H.). — Beobachtungen über Lungenembolie bei Injektion von unlöslichen Quecksilberpräparaten von Dr. Möller (Münch. med. Wochenschr. Nr. 8). — Kasuistischer Beitrag zur Genese der Gummata syphilitica von Dr. Kulisch (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 49). - Die Quecksilberinjektionen bei der Behandlung der Syphilis von Prof. Fournier (Rev. de thérap. Nr. 1. — Ther. Monatsh. 3. H.) — Allgemeinbehandlung bei Syphilis von Dr. Lydston (Med. News. — Med. Blätter Nr. 8.). — Dr. Winkler über den Nutzen der Kombination von Schmierkur und Schwefelkur bei Behandlung der Syphilis auf dem deutschen Balneologenkongresse zu Stuttgart (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 6. Bd. 2. H.). — Über die Behandlung der Lues mit doppelchromsaurem Kali von Dr. Russovici (Progr. med. rom. — Schm. Jahrb. 273. Bd. 2. H.). — Die prophylaktische Schmierkur der Eltern von Dr. Heddäus (Allg. med. Zentral-Ztg. — Schm. Jahrb 273. Bd. 1. H.). — Zur Behandlung der Kinderkonvulsionen von Dr. Schuster (Wien. med. Presse. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 19). — Ehe und venerische Krankheiten von Prof. Lesser (Berl klin. Wochenchr. Nr. 23). — Zur Verhütung und Bekämpfung der Syphilis von Dr. Ledermann. Verlag von Vogel und Kreienbrink, Berlin. — Ein Beitrag zur Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten von Dr. Michels (Dermat. Zentralbl. Nr. 8).

T.

Tabes dorsalis. Gegen die einzelnen Symptome, besonders die Schmerzen bei Tabes liefert nach Dr. Munter (Berlin) die Hydrotherapie zwei Methoden: 1. Kälte, 2. indifferente Temperatur. Die andauernde Kälteanwendung verwirft er, weil sie die Funktion vernichtet, anstatt sie anzuregen, er zieht die reizabhaltende, indifferente Temperatur vor; als solche benutzt er das indifferente Solbad von 1% von 27—19° R. von 15—45 Minuten Dauer ohne jegliche Nachprozedur. Gegen den Tabesprozess selbst folgen Nachprozeduren, je nach der Indikation der Schonung oder Übung Halbbad von 27° R. allmälich abgekühlt auf 22° R., hierauf Brause 18° R. Den Schluss bildet immer eine kurze kalte Abwaschung der Extremitäten von 5—10° R. von 5—10 Sekunden. Die Reaktion kann aktiv, durch Bewegung, oder passiv, im Bett erzielt werden. Gegen Packungen spricht er sich unter verschiedener Begründung aus. Auch warnt er vor zu kalten CO_2 Solbädern, bei Schmerzen gibt er sie nie unter 26° R., niedrigere Temperaturen steigern den Schmerz. Auch warme Solbäder, wenn keine Augenaffektionen vorhanden sind, können von 27—29° R. empfohlen werden. Er zieht den Gebrauch dieser Bäder während des ganzen Jahres, wöchentlich ein- bis zwei- bis dreimal genommen, einer schematischen Verordnung von 20—30 Thermalbädern während eines vier- bis sechswöchentlichen Badeaufenthaltes vor, da letztere die Nerven leicht erschöpfen. Gegen lokale Schmerzen empfiehlt Vortragender kalte Umschläge unter Berücksichtigung einer baldigen Erwärmung. Lokale warme Sitzbäder bei

Digitized by Google

Cystitiden, lokale Elektrisierung der Blase mit einer Katheterelektrode bei Paresen tuen Gutes. Auch einschleichende faradische Wasserbäder empfiehlt er sehr warm gegen Schmerzen, Parästhesien und Ataxien. Dagegen spricht er sich gegen das bipolare galvanische Bad aus. Eine leichte kurze Massage leistet oft Gutes. Wärmezuführende und wärmestauende Massnahmen erfordern Vorsicht; Dampfbäder sind zu vermeiden, ebenso Sandbäder, elektrische Lichtbäder verzögern oft die Schmerzen. Dagegen leistet das trockene Heissluftbad bis 55° R. Gutes.

Zur Behandlung der Ataxie hat Dr. Frenkel eine Anzahl Übungsapparate konstruiert für die Einübung feiner und feinster koordinierter Bewegungen, bei denen die genaueste Abstufung der Kontraktionsgrössen beachtet werden muss; und zwar wird der Zweck erreicht einmal dadurch, dass man die Patienten veranlasst, bestimmte Bewegungsaufgaben zu lösen, die so gestellt sind, dass schon ganz kleine Abweichungen in der Innervation die Ausführung beeinträchtigen; ferner dadurch, dass man diese Aufgaben um minimale Grössen variiert; und schliesslich, dass der Patient selbst sofort seine Bewegung kontrollieren kann.

Prof. Neisser (Breslau) bespricht die Frage, ab man Tabiker antisyphilitisch behandeln solle. Während er unbedingt Jod, speziell in Form subkutaner Jodipininjektionen empfiehlt, glaubt er eine Quecksilberbehandlung doch stets versuchen zu sollen. Von einer Anzahl von Fällen glaubt er bestimmt annehmen zu dürfen, dass die Quecksilberbehandlung genützt habe. In keinem Falle hat er bei sorgsamer Beobachtung des Kranken, besonders seines Allgemeinbefindens, eine Schädigung gesehen. Bei dem Mangel einer besseren Tabestherapie glaubt er, dass man auch von dieser Möglichkeit, durch antisyphilitische Behandlung eine Besserung herbeizuführen, Gebrauch machen solle.

Für die Tabeskranken mit Opticusatrophie möchte Dr. Darkschewitsch das Natrium nitrosum auf Grund eigener Beobachtungen warm empfehlen. Dieses Mittel beeinflusst günstig sowohl den Prozess am Auge als die übrigen durch Syphilis bedingten Symptome der Tabes, und wird am besten in Form von täglich wiederholten subkutanen Injektionen appliziert. Die Kur soll aus 80—100 Injektionen bestehen, und nimmt man je 1,0 einer 3—12%igen Lösung des Natrium nitrosum; die ersten drei bis vier Wochen steigt man alle drei bis fünf Tage mit der Konzentration und führt den Rest der Kur mit der konzentriertesten Lösung durch. Das Natrium nitrosum wird entweder als Therapeutikum ordiniert, oder wird solch eine Kur einer antisyphilitischen vorausgeschickt, oder endlich wird es neben dem Hg gleichzeitig angewandt.

Dr. Munter über die Hydrotherapie der Tabes im Verein für innere Medizin zu Berlin (Berl. klin. Wochenschr. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 6. H.). — Meine Apparate zur Wiedereinübung der Koordination bei tabischer Ataxie von Dr. Frenkel (Krankenpfl. 4. H.). — Prof. Neitser über die Beziehungen der Tabes zur Quecksilberbehandlung in der medizinischen Sektion der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 6). — Über die Behandlung der Tabes dorsalis von Dr. Darkschewitsch. (Russk. Wratsch Nr. 15. u. 16. — Rev. d. russ med. Zeitschrift Nr. 10).

Tannochrom. Dasselbe ist, wie Dr. Frieser (Wien) mitteilt, eine Verbindung von Chromoxyd und Tannin und kommt als 50%ige Normallösung: und Tannochromum siccum in Pulverform in den Handel. Das Präparat hat sich Autor in der Wundbehandlung als Streupulver und bei Gonorrhöe als ¼—½%ige Lösung sehr gut bewährt.

Tannochrom und dessen Bedeutung für die externe Therapie von Dr. Frieser (Ärztl. Zentral-Ztg. Nr. 6).

Tetanus. Dr. Müller teilt einen Fall von Tetanus mit, der durch Dural-Infusion von Tetanusantitoxin geheilt wurde.

Dr. Ullrich (Breslau) berichtet über neun Fälle von Tetanus, die mit Antitoxin behandelt wurden. Von denselben wurden vier entsprechend den verschärften Forderungen Behrings behandelt: Beginn der Behandlung innerhalb der ersten

Digitized by Google

30 Stunden, Antitoxindosis von nicht weniger als 100 A.-E. Zwei weitere Fälle wurden erst am dritten und vierten Tage injiziert, und drei wurden ohne Serum, bezw. sehr spät behandelt. Die vier Fälle der ersten Gruppe, alle traumatischer Tetanus, sind sämtlich gestorben. Aus der Literatur ergeben sich 41 Fälle mit 30 Todesfällen. Von den beiden am dritten und vierten Tage mit Antitoxin behandelten Fällen wurde einer geheilt. Mit den Fällen aus der Literatur stellte Verfasser 19 Fälle zusammen, von denen neun geheilt und zehn gestorben sind. Von den weiteren drei Fällen starb einer, bevor Antitoxin angewendet werden konnte. Ein weiterer war chronischer Natur und heilte ohne Serumbehandlung. Der letzte Fall bekam erst am elften Tage Antitoxin und wurde gebessert entlassen. Eine sichere Wirkung ist also dem Tetanusantitoxin keineswegs zuzusprechen. In einem weiteren Falle — Abreissung eines Armes — wurde prophylaktisch Antitoxin injiziert. In der Folge stellte sich leichtes „Nervenzucken", besonders im Kinnladen ein. Es wäre denkbar, dass es sich um einen Tetanusfall gehandelt habe, der infolge der Injektion abortiv verlief.

Dr. Tikanadse injizierte einer elfjährigen Tetanuskranken am achten Krankheitstage und an den beiden folgenden Tagen unter aseptischen Kautelen subkutan eine Emulsion von 10 g Ferkelhirn und 30 cbcm physiologischer Kochsalzlösung, worauf er Heilung erzielte.

Dr. di Gaspero (Graz) teilt einen Fall von Tetanus mit, in dem angeblich die Antitoxinbehandlung den Tod herbeiführte.

Heilung eines Falles von Tetanus nach Dural-Infusion von Tetanusantitoxin von Dr. Müller (Deutsche Ärzte-Ztg. Nr. 18. — Med. Blätter Nr. 41). — Neun Fälle von Tetanus von Dr. Ullrich (Münch. med. Wochenschr. Nr. 31). — Über einen Fall von Tetanus von Dr. Tikanadse (Russk. Wratsch Nr. 35). — Zur Frage der Antitoxinbehandlung des Tetanus traumaticus von Dr. di Gaspero (Ther. d. Gegenw. 3. H.).

Theocin. Theocin ist ein auf synthetischem Wege von den Farbenfabriken in Elberfeld dargestelltes Theophyllin, welches sich Prof. Minkowski (Cöln) als mächtig wirkendes Diuretikum bewährte. Es wird in Dosen von 0,2—0,4 drei- bis viermal täglich nach den Mahlzeiten verabreicht. Gegenüber dem Theobromin, welchem das Theocin in seinen Wirkungen ähnlich ist, hat es den Vorteil der stärkeren und rascheren Wirksamkeit, welche die Anwendung kleinerer Dosen gestattet. Ausserdem dürfte es in Anbetracht der Möglichkeit einer synthetischen Darstellung sich voraussichtlich viel billiger stellen. Für das Koffein ist das Theocin nicht in jeder Beziehung als vollwertiger Ersatz anzusehen. Die diuretischen Wirkungen des Theocins sind zwar stärker, doch fehlt ihm die exzitierende Wirkung auf das Herz. Im ganzen schien das Theocin die Herztätigkeit überhaupt nicht zu beeinflussen. Pulsfrequenz und Blutdruck blieben unverändert. In einigen Fällen zeigte sich bei längerem Gebrauch wohl eine mässige Verlangsamung der Herztätigkeit, die aber nur eine indirekte Folge des Schwindens der Ödeme und der Entlastung des Kreislaufs zu sein schien. Von den Nebenwirkungen des Theocins machte sich die Wirkung auf den Magen in einigen Fällen störend bemerkbar.

Über Theocin (Theophyllin) als Diuretikum von Prof. Minkowski (Ther. d. Gegenw. 11. H.).

Therapeutische Methoden. Bezüglich der Dosierung in der physikalischen Therapie kommt Dr. Friedländer (Wiesbaden) zu folgenden Schlussfolgerungen: 1. Der Pflüger-Arndtsche biologische Grundsatz hat — mit den entsprechenden Modifikationen bei der Behandlung kranker Organe — für die physikalische Therapie wie für die Pharmakotherapie Geltung. 2. Bei der Dosierung in der physikalischen Therapie ist Intensität, Extensität und Dauer der Reize gleichmässig zu berücksichtigen. 3. Für bahnende, erregende Wirkungen sind in der physikalischen Therapie kurze, schwache, wenig extensive Reize anzuwenden, deren Intensität und Extensität aber je nach dem Grade der vorhandenen Erregbarkeitsherabsetzung gesteigert werden muss. 4. Hemmungswirkungen werden

Digitized by Google

erzielt durch langdauernde physikalische Reize von grösserer Extensität und Intensität, doch ist letztere entsprechend der bestehenden Erhöhung der Reizbarkeit zu vermindern; bei der indirekten Hemmungstherapie durch Ableitung sind energische und langdauernde Hautreize angezeigt.

Prof. Nothnagel (Wien) erörtert die allgemeineren Gesichtspunkte bei der Behandlung frischer akuter katarrhalischer Zustände der Schleimhäute des Respirations- und Digestionsapparates. Zwei Momente müssen nach Verfasser bei diesen Zuständen klar erkannt werden; 1. Die wirkliche Heilung des akuten Katarrhs kann nur durch die Vorgänge im Organismus resp. in den erkrankten Geweben selbst erfolgen. 2. Die vollständige Rückbildung, die restitutio in integrum completa, ist nur bei frischen Katarrhen möglich. Die im alltäglichen Leben immerfort vorkommende Vernachlässigung dieses zweiten Punktes ist die Veranlassung, seine ganz besondere Betonung der Zweck vorliegender Bemerkungen. Wir besitzen absolut kein Mittel, um die Hyperämie der Mucosa und Submucosa, die Ansammlung von Leukocyten im Gewebe, die gesteigerte Sekretion von Schleim direkt zur Norm zurückzuführen. Diese Leistung, d. h. die eigentliche Heilung der den Katarrh darstellenden, anatomisch-histologischen und funktionellen Störungen, wird ausschliesslich durch die Vorgänge im Organismus selbst bewerkstelligt. Die ärztliche Kunst ist, abgesehen von der Milderung lästiger oder gefährlicher Symptome, nur imstande, alle diejenigen Schädlichkeiten fernzuhalten, deren Einwirkung erfahrungsgemäss die Rückbildung der pathologischen Veränderungen beeinträchtigt. Erfolgt diese Fernhaltung vom ersten Beginn an in genügender Weise und Zeitdauer, können die natürlichen Ausgleichungsvorgänge ungehemmt sich vollziehen, so tritt bei sonst gesundem Organismus vollkommene Rückkehr zum normalen, anatomisch-histologischen und damit auch funktionellen Verhalten ein — die volle Widerstandsfähigkeit der Gewebe kehrt wieder, das Individuum ist so gesund wie vor dem Katarrh. Fehlt die erforderliche Sorgfalt ganz oder teilweise, wirken beständig neue Schädlichkeiten auf die erkrankte Schleimhaut ein, so kann zweierlei geschehen: entweder die katarrhalische Veränderung geht schliesslich trotz der wiederkehrenden Reize doch noch zurück —, aber es bleibt dann fast immer eine Vulnerabilität der Gewebselemente, deren weitere Folge ein leichtes und häufiges Rezidivieren der Katarrhe ist — oder es kommt nicht einmal zu einer unvollständigen Rückbildung des anfänglichen akuten Katarrhs, und dieser hat sich direkt in einen chronischen fortgesetzt. Die sogenannte Heilung chronischer Katarrhe ist ungewöhnlich langwierig, ja, Verfasser hält inveterierte Katarrhe im anatomischen Sinne überhaupt für unheilbar. Die bald hypertrophischen, bald atrophischen Zustände, die Bindegewebswucherungen, die Veränderungen der Drüsen und die übrigen geweblichen Alterationen, welche den chronischen Katarrh charakterisieren, sind selbst für die ausgleichenden und rückbildenden Leistungen des Organismus unüberwindlich, geschweige denn für die Kunsthilfe. Sie bleiben dauernd, und mit ihnen mannigfache funktionelle Störungen. Deshalb, und darauf weist Verfasser mit Entschiedenheit hin, muss jeder akute Katarrh, auch der leichteste, vom ersten Tage an sorgfältig behandelt werden.

Dr. Schächter (Budapest) erklärt sich gegen jeden erheblicheren Eingriff zur Beseitigung einer krankhaften Vorstellung. In einem Fall hat er einem jungen Mann, der unter der Vorstellung litt, seine — ganz wohlgestaltete — Nase sei verkrümmt, nachgegeben und eine durch einen kleinen kosmetischen Fehler schliesslich berechtigte unbedeutende Operation am Nasenflügel vorgenommen. In kürzester Zeit kehrte die Vorstellung doch zurück, Patient verlangte später dringend eine grössere Operation und endete durch Selbstmord. In einem weiteren Fall führte eine solche überflüssige Operation zu einem schweren Erysipel, bei einem anderen diente das endliche Nachgeben und Einleiten einer lokalen Scheinbehandlung, Ätzen mit dem Lapis, nur dazu, um den Glauben an ein bösartiges Leiden erst recht zu befestigen.

Digitized by Google

Bezüglich des heutigen Standes der inneren Therapie äussert sich Prof. Naunyn (Strassburg) folgendermassen: „Der Wert der neuesten diagnostischen Entdeckungen und Erfindungen ist wahrlich gross; auf jedem der uns neu erschlossenen Gebiete wird das Erfreulichste geleistet, man denke nur an unsere neuesten diagnostischen Errungenschaften, die Kryoskopie, die Kystoskopie, und gar die Röntgendurchleuchtung! Und doch! wie weit bleiben alle diese neuesten Methoden in ihrer Bedeutung für den Arzt gegen den Augenspiegel, die Thermometrie oder gar die Auskultation und Perkussion zurück. Das sind die grossen, die alten diagnostischen Methoden! Und in der Therapie steht es nicht viel anders; da sind alle Tage Entdeckungen zu verzeichnen und noch die allerneueste Zeit hat uns wieder zahlreiche, grossartige Fortschritte gebracht. Wenn ich mich aber frage, welche von den zahlreichen Schätzen unseres ganzen ärztlichen Rüstzeuges ich am wenigsten missen möchte, so bin ich nicht im Zweifel: Opium, Quecksilber, Jodkalium, Chinin, Digitalis etc., das sind alles Mittel, die seit bald einem Jahrhundert oder länger in unserer Hand sind und ich möchte nicht Arzt sein ohne sie und um einmal frei von der Leber weg zu sprechen — kein einziges von ihnen allen wäre mir für die ganze moderne Hydrotherapie und Elektrotherapie u. s. w. feil!

So wie einst der weltberühmte Wiener Kliniker Oppolzer eine Reihe von ärztlichen Spezialfächern und dadurch die praktische Medizin wesentlich gefördert hatte, indem er sein Krankenmaterial und seine Lehrräume zur Verfügung stellte, und selben hierdurch aus ihrem bisherigen Autodidaktentum die Weihe des klinischen Unterrichts verschaffte, bleibt es in ähnlicher Weise das unvergängliche Verdienst v. Leydens, die physikalische Therapie, welche bisnun eine untergeordnete Rolle unter allen übrigen Behandlungsmethoden eingenommen hatte, zu einer Disziplin ersten Ranges erhoben zu haben. Indem er selbst für dieselbe in Wort und Schrift persönlich eingetreten war, ihr ein bestens redigiertes wissenschaftliches Organ schuf, seine eigene Universitätsklinik mit den nötigen einschlägigen Behelfen ausstattete, erleichterte er seinen schaffensfreudigen Schülern, Prof. Goldscheider (Berlin) und Prof. Jacob (Berlin) die Aufgabe, in ihrem neu erschienenen Handbuch der physikalischen Therapie ein gross angelegtes zeitgemässes Sammelwerk für die einzelnen physikalischen Spezialdisziplinen aber auch ihrer würdigsten Vertreter gebildet, und dadurch für eine ihr wichtigsten Heilmethode eine neue Ära geschaffen zu haben. Indem die Autoren das Opus v. Leyden zu seinem 70jährigen Geburtstage als Angebinde überreichen, in ihrer Vorrede sowohl, als ihrem Schlussworte die Verdienste hervorheben, die sich derselbe um die Förderung dieser und ähnlicher therapeutischer Bestrebungen erworben hat, dokumentieren sie ihre Dankbarkeit für den Förderer einer Heilmethode, welche auch dieses Jahrbuch seit seinem Bestehen seine besondere Aufmerksamkeit zugewendet hatte. Es darf die Leser daher nicht wundern, wenn das vorliegende Handbuch der physikalischen Therapie an dieser Stelle mit Begeisterung begrüsst wird, zudem, wie bereits erwähnt, die Auswahl der Mitarbeiter, die sorgfältige Bearbeitung der Materie, die Ausstattung des Textes mit Abbildungen und die ganze Drucklegung besonders gelungen ist. Inhaltlich zerfällt das Handbuch in mehrere Bände, der wesentliche Inhalt des ersten ist im Kapitel Balneo-, Hydro- und Klimatotherapie besprochen worden. Der zweite Band behandelt die Mechano-Elektro- und Lichttherapie im allgemeinen. Der speziellen Therapie bei den einzelnen Krankheiten ist der 2. Teil des Werkes, welches ebenfalls zwei dicke Bände enthält, gewidmet.

Dr. Friedländer über die Dosierung in der physikalischen Therapie auf dem Kongresse für innere Medizin in Berlin (Med. Blätter Nr. 33). — Bemerkung zur Behandlung akuter Katarrhe von Prof. Nothnagel (Ther. d. Gegenw. 1. H. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 18). — Scheinoperationen bei eingebildeten Krankheiten von Dr. Schächter (Wien. med. Wochenschr. Nr. 1. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 3). — Prof. Naunyn über die heutige Therapie (Ther. d. Gegenw. 6. H.). Lehrbuch der physikalischen Therapie herausgegeben von Prof. Goldscheider und Prof. Jacob. Verlag von G. Thieme, Leipzig.

Digitized by Google

Thigenol. Ein neues Schwefelpräparat hat die Firma Hoffmann, Laroche & Co. in Basel unter dem Namen Thigenol hergestellt. Die therapeutische Wirksamkeit des Thigenols ist von Prof. Jaquet (Basel) geprüft worden. Es ergab sich, dass 2%ige Thigenollösungen einen deutlichen Einfluss auf den Verlauf akuter Gonorrhöen aufwiesen, dass aber nach einer gewissen Zeit, ebenso wie beim Gebrauch von Ichthyol, zu stärkeren Adstringentien übergegangen werden musste. Bei Hautkrankheiten, besonders bei Ekzemen, aber auch bei Dermatitis und Prurigo, kam das Thigenol rein oder als 20%ige Vaselinsalbe zur Anwendung oder in Form einer Paste:

Rp. Thigenoli 4,0
Zinci oxydati
Amyli aa 3,0
Glycerini
Aquae destillatae aa 1,0
Unguenti glycerini 8,0

Auf der Haut trocknet Thigenol zu einem glänzend braunen, nicht klebenden und leicht abwaschbaren Firniss ein. In 23 Fällen trat unter Thigenolbehandlung in wenigen Tagen völlige Heilung ein. Eine gleich günstige Wirkung des Thigenols konnte Jaquet bei der Scabies beobachten. Von 18 Kranken, die zwei- bis dreimal einer Thigenoleinreibung unterzogen wurden, zeigte sich nur bei einem ein Rezidiv. Jaquet schliesst seine Ausführungen mit dem Ausspruch, dass ihm das Thigenol das Ichthyol vollständig ersetzt habe.

Thigenol von Prof. Jaquet (Klin.-ther. Wochenschrift Nr. 6. — Ther. Monatsh. 4. H.).

Trachom. Zur Entfernung und Zerstörung der Follikel bei Trachom bedient sich Prof. Goldzieher (Budapest) der Knappschen Rollzange. Um in die verborgensten Trachomnester gelangen zu können, empfiehlt es sich, Rollzangen von verschiedener Grösse zu verwenden. Wegen der Schmerzhaftigkeit der Behandlung empfiehlt sich Narkose oder aber es wird eine halbe Spritze 3—4%iger Kokainlösung unter die Conjunctiva an der Umschlagsstelle injiziert. Durch dieses künstliche Ödem werden selbst die verborgensten Trachomnester blossgelegt. Unmittelbar nach der Operation werden kalte Umschläge auf die Lider appliziert. Das Lidödem und die eventuellen Lidsuffusionen bilden sich nach einigen Tagen zurück. Die Conjunctiva hat nun durch die zertrümmerten, im Abstossen begriffenen Epithelien ein grauliches Aussehen; so lange die Conjunctiva so aussieht, werden täglich Ausspülungen mit 1‰ Sublimat gemacht; hat sich der Belag abgestossen, dann wird die Conjunctiva mit 1% Argent. nitric. touchiert. Der Pannus trachomatosus kommt durch höchstgradige Stauung (durch die vorhandene Bindehautentzündung) in dem oberflächlichen Randschlingennetze der Hornhaut zu stande; daher es sich prophylaktisch empfiehlt, jede drohende Vaskularisierung der Hornhaut im Keime zu ersticken, also speziell Reizmittel wie Lapistouchierung im Anfange zu vermeiden. Ist aber trotz dieser Prophylaxe Pannus vorhanden, dann behandle man ihn galvanokaustisch. Das wichtigste Mittel, um auch bereits vorhandenen Pannus zur Rückbildung zu bringen, ist die rasche radikale Behandlung der Bindehauterkrankung.

Beim Trachom wird nach Schrumpfung der Bindehaut des Tarsus die Übergangsfalte allmählich nach unten gezogen, liegt dem Tarsus lose auf, hat eine ganz glatte Oberfläche und sieht bläulich aus. Prof. Straub (Amsterdam) sieht in diesem Vorgange eine Art Naturheilung; es wird dadurch der Verkrümmung des Tarsus und dem Entropium entgegengewirkt. Die praktische Folgerung aus dieser Beobachtung ist die, dass die Übergangsfalte, deren Ausschneidung lange Zeit als Hauptheilmittel bei Trachom empfohlen worden ist, geschont werden muss, solange nur ein kleiner Teil der Falte gerettet werden kann.

Dr. v. Arlt verwendet bei Trachom 5—10%ige Salben von Cuprum citricum mit Ung. Glycerini cum Amylo, und geht folgendermassen vor: Es wird ein Tropfen der türkisblauen Salbe auf ein geknöpftes Glasstäbchen gedrückt und in den Bindehautsack eingelegt, die Lider geschlossen, dann etwa ½ Minute massiert. Die Behandlung soll zwei- bis dreimal täglich vor-

Digitized by Google

genommen werden. Hornhautgeschwüre, sowie der interne oder externe Gebrauch von Jodpräparaten bilden eine Kontraindikation.

Dr. Gortaloff lobt die 1%ige Ichtharganlösung bei der Behandlung des Trachom.

Dr. Popoff wendet 10 bis 20%ige Ichthyollösung mit gutem Erfolg an.

Dr. Njemtschenkow macht Subkonjunktival-Injektionen mit 5%iger Phenollösung bei Trachom, die er eventuell in zwei Wochen, wenn die Entzündungserscheinungen, die nach den Injektionen auftreten, zurückgingen, wiederholt.

Beiträge zur Therapie des Trachoms von Prof. Goldzieher (Wien. med. Wochenschr. Nr. 9). — Die Verschiebung der Schleimhaut der Übergangsfalte auf den Tarsus beim Trachom von Prof. Straub (Zentralbl. f. prakt. Augenheilk. Nr. 26. — Schm. Jahrb. 276. Bd. 10. H.). — Über die Anwendung von Cuprum citricum bei Trachom von Dr. v. Arlt (Zentralbl. f. prakt. Augenheilk. Nr. 3. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 7. H.). — Die Behandlung des entzündlichen Trachoms mit Ichthargan von Dr. Gortaloff (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 5). — Behandlung des Trachoms von Dr. Popoff (Woj. med. Journ. Nr. 1. — Ther. d. Gegenw. 8. H.). — Über eine neue Methode der Trachombehandlung mittels konzentrierter Phenollösung von Dr. Njemtschenkow (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 73 u. 74).

Tubenerkrankung. Prof. Beaussenat und Dr. Blum haben von der Waltonschen Methode der Salpingitis-Behandlung durch Dilatation, Curettage und prolongierte Drainage des Uterus sehr gute Erfolge erzielt. Die Schlussfolgerungen der Verfasser lauten: 1. Schon die Behandlung der Endometritis durch ausgiebige Dilatation, Curettage und prolongierte Drainage ist im stande, bei etwa vorhandener sekundärer Salpingitis eine bedeutende Besserung, mitunter selbst völlige Heilung herbeizuführen. 2. Katarrhalische Salpingitis, einseitig oder doppelseitig, wird auf diese Weise stets geheilt. Selbst bei eitrigen und cystischen Salpingitiden sind günstige Resulate aufzuweisen. Die parenchymatösen, veralteten und schmerzhaften Affektionen der Tuben werden durch die Waltonsche Methode bedeutend gebessert. 3. Periuterine Infiltrate können ebenfalls resorbiert werden. Selbst Pyosalpinges dürfen der Waltonschen Methode unterzogen werden, wenn es sich bloss um einen einseitigen Sack handelt, der geringe Grösse besitzt, noch nicht lange besteht und keinen wiederholten entzündlichen Nachschüben ausgesetzt war. Schliesslich darf die Behandlung nur in einer entzündungsfreien Zeit begonnen werden. Das Waltonsche Verfahren ist gefahrlos, jedoch darf der Uterus dabei nicht disloziert werden und muss strengste Antisepsis eingehalten werden

Dilatation, Curettage und prolongierte Drainage des Uterus bei gewissen Formen von Salpingitis von Prof. Beaussenat und Dr. Blum (Rev. d. gyn. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 10. H.).

Tuberkulose. Auf dem internationalen Tuberkulosenkongress zu Berlin gaben die Beziehungen zwischen der Menschen- und Rindertuberkulose Anlass zu eingehenden Erörterungen. Prof. Koch (Berlin) präzisierte folgendermassen seinen Standpunkt. Er will nicht behaupten, dass die Perlsucht überhaupt nicht auf den Menschen übertragen werden könne; aber diese Übertragung sei überaus selten. In der Literatur finden sich 28 Fälle, in denen angenommen wird, die Tuberkulose sei durch Milch perlsüchtiger Rinder hervorgerufen. Nur bei drei Fällen ist angegeben, dass die Milch von Rindern mit Eutertuberkulose stammte; bei keinem Falle sind andere Ansteckungswege mit Sicherheit ausgeschlossen. Weitere Beobachtungen und Forschungen in der Frage sind notwendig; bisher ist nach Koch die Infektiosität von Milch und Fleisch perlsüchtiger Tiere nicht erwiesen. Die Bekämpfung der Perlsucht ist allerdings für die Landwirtschaft von Bedeutung, eine Verhütung der menschlichen Tuberkulose ist auf diesem Wege nicht zu erzielen; strenge Massregeln würden die Milch verteuern und eine Einbusse von Millionen bedeuten. Diese Summen sind besser dafür zu verwenden, dass man die Tuberkulösen in Heilstätten und Asylen unterbringt und ihre Wohnungsverhältnisse verbessert.

Dr. Moeller (Belzig) berichtete über seine Versuche, Kälber durch tuberkulöses Sputum vom Menschen zu infizieren; dieselben sind bekannt-

Digitized by Google

lich negativ ausgefallen, was für Kochs Anschauung sprechen würde.

Prof. Orth (Berlin) berichtet hingegen über positiv ausgefallene Übertragungsversuche. Er injizierte Tuberkelbacillen vom Menschen in die Niere von Kaninchen und übertrug sodann Gewebestückchen der tuberkulös gewordenen Niere in die Peritonealhöhle eines Kalbes und einer Ziege. Bei dem Kalbe trat nicht nur Peritonealtuberkulose, sondern auch Tuberkulose verschiedener Lymphdrüsen auf; die Sektion der Ziege ergab ebenfalls tuberkulöse Veränderungen.

Dr. Arloing (Lyon) spricht sich ebenfalls, und zwar auf Grund von positiven Übertragungsversuchen, für die Identität der Bacillen der Menschen- und Rindertuberkulose aus. Es besteht nur ein Unterschied im Virulenzgrad, die menschlichen Tuberkelbacillen sind schwach, die Perlsuchtbacillen sind hoch virulent.

Dr. Nocard (Alfort) sprach über die Verschärfung der Massregeln, welche für den Menschen als Infektionsschutz gegen die Eutertuberkulose des Rindes dienen. Derselbe geht von der Ansicht aus, dass einerseits in einer Reihe von Fällen die Übertragung von Menschentuberkulose auf Rinder gelungen sei, wobei es allerdings auf die Varietät der Tuberkelbacillen ankomme, da nicht alle Typen menschlicher Tuberkel für das Rind virulent seien, dass andererseits auch die Rindertuberkulose auf den Menschen übertragbar sei. Diese Übertragung geschieht insbesondere durch das Trinken von Milch von Rindern mit Eutertuberkulose. Daher sind Kühe mit Eutertuberkulose aus den Milchwirtschaften absolut auszuschalten. Diese Forderung ist nicht nur gesetzlich festzulegen, sondern muss auch durch regelmässige Überwachung der Kuhställe tatsächlich durchgeführt werden.

Dr. de Jong (Leiden) kam bei seinen Experimenten ebenfalls zu entgegengesetzten Ergebnissen, wie Koch. Da seiner Ansicht nach bewiesen ist, dass dem Ochsen Tuberkulose von Menschen eingeimpft werden kann, liegt die Frage nahe, ob ein tuberkulöser Mensch auch einen Ochsen anstecken kann. Nach Meinung de Jongs liegt in dieser Beziehung keine Gefahr vor, ja er geht so weit, zu behaupten, dass die Anwesenheit einer tuberkulösen Person in einem Kuhstall nicht als sonderlich gefährlich für die Gesundheit der Tiere zu betrachten sei. Dagegen ist es höchst wahrscheinlich, dass der Umgang mit eingestallten tuberkulösen Kühen für Viehknechte und andere, die täglich im Stalle verkehren und Gelegenheit haben, sich mit tuberkelbacillenhaltigen Tierabgängen anzustecken, gesundheitsschädlich sein kann.

Prof. Heller (Kiel) schliesst aus seinen Befunden, dass primäre Infektion mit Tuberkulose durch den Darmkanal häufig ist. Er ist der Ansicht, dass die Kuhmilch als die Quelle der häufigen Darm- und Mesenterialtuberkulose im Kindesalter in hohem Grade verdächtig bleibt.

Auf Grund umfangreicher Studien und statistischer Untersuchungen bezüglich des Verhältnisses der Tuberkulose des Menschen zur Rindertuberkulose kommt Dr. Cattle zu folgenden Schlüssen: Die Möglichkeit der Infektion durch Milch kann nicht geleugnet werden, aber nicht alle Rindertuberkulosen haben diese Ätiologie; eine exklusive Milchtheorie, die das häufigere Befallensein der Lunge im Vergleich zum Darm unberücksichtigt lässt, fehlt eben deshalb, weil sie die anderen Infektionsquellen nicht berücksichtigt. Es steht ausser Zweifel, dass gewisse Kinderkrankheiten (Morbilli, Tussis, Bronchitis, Bronchopneumonie) mächtige prädisponierende Ursachen für die Tuberkulosesterblichkeit abgeben; sie hinterlassen eine Schwäche der Allgemeinkonstitution, Katarrh der Atemwege und häufig auch des Intestinaltractus. Unter diesen Bedingungen gewinnt der weitverbreitete Tuberkelbacillus einen Nährboden in den empfindlichsten Organen. Die Milch mag für manche Fälle verantwortlich sein, allein die Tatsache, dass die Schwindsucht im Thorax im jugendlichen Alter so häufig ist, lässt den Schluss zu, dass der menschliche Tuberkelbacillus (im einen Fall eingeatmet, im anderen verschluckt), vermischt mit den Körpersekreten, oder mit der Nahrung, die Ursache ist einmal vom Brustleiden, das andere Mal von der Darm-

Digitized by Google

erkrankung. Kochs Behauptung, dass die primäre Darmtuberkulose ausserordentlich selten sei, steht nicht im Einklang mit britischen Erfahrungen bei Kindern, was wohl zum Teil daraufzurückzuführen ist, dass in Deutschland das Kochen der Milch, mit englischer Sitte verglichen, die Regel ist.

Gegenüber der heute fast allgemein herrschenden Ansicht, dass die Vererbung nicht in einer unmittelbaren Übertragung der Krankheit von der Mutter auf das Kind, sondern in einer Vererbung der Krankheitsanlage besteht, betont Prof. v. Baumgarten (Tübingen), dass eine direkte Vererbung sehr wohl vorkomme, und dass man tuberkulöse Erkrankungen bei Kindern in den ersten Wochen, ja in den ersten Tagen ihres Lebens konstatiert habe. Diesen Fällen gegenüber können die Einwände, dass es sich um eine durch den engen Verkehr mit den Eltern bedingte Ansteckung handle, nicht als stichhaltig angesehen werden. Neben der Heredität ist natürlich die Disposition von wesentlicher Bedeutung; das eigentliche Wesen der Disposition ist uns aber noch nicht völlig bekannt; um eine krankhafte konstitutionelle Anlage zu bekämpfen, sind wir auf die allgemeinen hygienischen Massregeln angewiesen.

Auch Prof. Ribbert (Marburg) vertritt den Standpunkt, dass die tuberkulöse Lungenphthise weit häufiger, als man annimmt, hämatogen zu stande kommt.

Aus internationalen statistischen Ausweisen über die relative Mortalität an Tuberkulose in den verschiedenen Altersstufen unter Berücksichtigung der 3 Hauptformen (Tabes meseraica, Meningitis tuberculosa, Phthisis pulmonum) kommt Prof. Ruata (Perugia) zu folgenden Schlussfolgerungen: 1. Alle oder fast alle Fälle von infantiler Tuberkulose sind hereditär (höchste Mortalität im 1. und 2. Lebensmonate und konstante Abnahme bis zum 3.—5. Jahre). 2. Bei Erwachsenen ist nur die Lungentuberkulose primär (durch Inhalation erworben). 3. Weder die Milch, noch das Fleisch, noch anderes tuberkulöses Material kann, in den Darm eingeführt, Darmtuberkulose beim Menschen erzeugen.

Im zweiten Bande des im Berichtsjahre erschienenen, gross angelegten Werkes über Entstehung und Bekämpfung der Tuberkulose von Prof. Jacob und Dr. Pannwitz (Berlin), vertreten Verfasser in bezug auf das Zustandekommen der tuberkulösen Infektion folgende Ansicht: Dem Tuberkelbacillus wird je nach dem Grad der vorhandenen Disposition früher oder später die Ansiedelung dadurch ermöglicht, dass gesunde Menschen mit den Infektionsträgern in geschlossenen Räumen ständig zusammenleben und fortgesetzt Krankheitserreger, die von jenen in Wohnungen, Werkstätten u. s. w. der gemeinsamen Atmungsluft beigemischt werden, in sich aufnehmen. Damit ist der übertriebenen Bacillophobie, der ängstlichen Scheu vor jedem Schwindsuchtskranken ein Riegel vorgeschoben, zugleich aber durch richtige Belehrung von dem Wesen der Krankheit die Vorbedingung für eine wahrhafte Volksaufklärung erfüllt.

Prof. Flügge (Breslau) äussert sich über die Massregeln gegen die Verbreitung der Phthise in Arbeitssälen, Bureaux etc. Der Staub, welcher auf Möbeln, Akten etc. 1—1½ m über dem Fussboden liegt, enthält, auch wenn sich in den Räumen Phthisiker aufgehalten haben, nur selten virulente Tuberkelbacillen. Das erklärt sich daraus, dass das Sputum nur sehr schwierig in so feine, trockene Teilchen verwandelt werden kann, dass sie bis zu Kopfhöhe aufgewirbelt werden; viel eher können sie von Taschentüchern, Kleidungsstücken oder von den Händen aus auf die Möbel etc. gelangen. Das Aufsammeln des Sputums in Spucknäpfen und Spuckflaschen allein genügt daher nicht, sondern es muss auch dafür gesorgt werden, dass die Taschentücher, welche stets zum Abwischen von Sputumresten benutzt werden, unschädlich gemacht werden. Am geeignetsten wären Papiertaschentücher, welche nach ihrer Benutzung verbrannt werden; auch müssen die Kranken auf die Reinhaltung der Kleidung hingewiesen werden. Eine oft noch wichtigere Ursache für den Gehalt der Atmungsluft an Tuberkelbacillen ist die Verstreuung ausgehusteter Tröpfchen. Da diese meist

Digitized by Google

nicht weiter als 1 m in horizontaler Richtung geschleudert werden, so ist der Phthisiker anzuweisen, heftiges Husten mit offenem Munde möglichst überhaupt zu vermeiden, bei Hustenstössen sich auf Armlänge von anderen Menschen fern zu halten, den Kopf abzuwenden und die Hand oder das Taschentuch vor den Mund zu halten. In Arbeitsräumen soll der Abstand zwischen je zwei Köpfen mindestens 1 m betragen; es empfiehlt sich, bei Schreibpulten, an denen sich zwei Personen gegenüber sitzen, in der Mitte eine vertikale Glaswand bis ½ m über Kopfhöhe und zwischen benachbarten Arbeitern, soweit es der Betrieb erlaubt, eine trennende Zwischenwand anzubringen.

Dr. Saugmann (Dänemark) wendet sich gegen die aus der Flüggeschen Lehre von der Tröpfcheninfektion gezogenen allzu weit gehenden Schlussfolgerungen, wie die Aufstellungen von Scheidewänden in Bureaux und Arbeitssälen u. dgl., die beinahe an die Warnungssignale, zu denen früher die Leprösen verurteilt waren, erinnern. Die Folge solcher Übertreibungen ist die Förderung der Phthiseophobie. Zudem ist die Infektiosität ausgehusteter Tröpfchen bis jetzt nur durch Tierversuche bei Meerschweinchen erwiesen, für den Menschen aber nicht. Direkte Versuche am Menschen können natürlich nicht angestellt werden, aber die Natur hat sie in vielen Tausenden von Fällen bei den Spezialärzten für Hals- und Lungenleiden angestellt, welche dem täglich wiederholt Angehustetwerden sich gar nicht entziehen können, und doch ist eine besonders starke Morbidität oder Mortalität unter diesen Kollegen nicht bekannt.

Nach Dr. Steinthals (Berlin) Ansicht wird nicht durch Bacillenfang Prophylaxe der Disposition getrieben, sondern durch Vorbeugen der Gewebsschwäche des Volkes. Dem körperlich arbeitenden Volke muss eine bessere, an Eiweiss reichere Nahrung zur Verfügung stehen. Fleisch und Fett müssen billige Nahrungsmittel werden. Der Arzt muss Sozialhygieniker werden. In zweiter Linie muss die Wohnungshygiene mehr gepflegt werden.

Prof. v. Behring (Marburg) hat durch seine bisherigen Untersuchungen die Überzeugung gewonnen, dass es möglich ist, durch intravenöse Injektion von Tuberkelbacillen Rinder gegen künstliche und natürliche Tuberkuloseinfektion immun zu machen. In der landwirtschaftlichen Praxis soll zur Schutzimpfung zunächst folgendes Verfahren erprobt werden: 0,001 g einer 4—6 Wochen alten Serum-Tuberkelbacillenkultur, welche aus Sputum gewonnen und durch zahlreiche Generationen fortgezüchtet wurde, wird einem auf Tuberkulin nicht reagierendem Rinde von 5—7 Monaten intravenös injiziert; vier Wochen später bekommt dann das Rind eine 25 mal grössere Dosis, also 0,025 g derselben Kultur. Diese Art der Immunisierung nennt v. Behring Jennerisation, da sie eine isopathische Immunisierung vorstellt wie die Jennersche Pockenimpfung und die Pasteursche Milzbrand- und Rotlaufschutzimpfung. v. Behring hebt hervor, dass im Prinzip sowohl die von menschlicher Tuberkulose wie die von perlsüchtigen Rindern herstammenden Tuberkelbacillen dazu dienen können, ein Rind soweit tuberkuloseimmun zu machen, dass es die für die nicht vorbehandelte Kontrollrinder tödliche Infektion mit Tuberkulosevirus übersteht. Für die Praxis handelt es sich aber darum, die Schutzimpfung gegen die Tuberkulose so ungefährlich zu machen, wie die Schutzpockenimpfung. Ein solches Verfahren glaubt v. Behring zu besitzen. Die Erfahrung soll nun darüber entscheiden, ob die nach der von v. Behringschen Methode geimpften Rinder auch der natürlichen Infektion Stand zu halten vermögen. Zu diesem Zweck werden jetzt schon unter Mitwirkung bekannter Tierärzte Impfungen in landwirtschaftlichen Betrieben ausgeführt.

Dr. Mircoli (Genua) stellte Untersuchungen mit dem Tuberkulin von Maragliano, einem durch Kochen der Tuberkelbacillen in reinem Wasser erhaltenen Extrakt an. Er fand, dass das Serum gesunder Personen eine antitoxische Wirkung gegenüber diesem Tuberkulin besitzt. Die Wirkungskraft des Serums nimmt bei Rekonvalescenten und bei Personen, die an chronischen Krankheiten leiden, ab; dagegen fand Verfasser uner-

Digitized by Google

warteterweise bei einigen Alkoholisten eine bedeutend höhere Antitoxizität des Serums als normal. Verfasser schliesst aus seinen Beobachtungen, dass der Alkohol, wenn die Qualität desselben und die Quantität, in welcher er verabreicht wird, den Allgemeinzustand des Organismus nicht modifizieren, dem Blutserum des Menschen gegen die tuberkulös infizierten Proteinsubstanzen (wässeriges Protein von Maragliano) antitoxische Eigenschaften zu verleihen vermag. Auch die pathologischen Exsudate der betreffenden Personen besitzen jene antitoxischen Eigenschaften. In der Periode der alkoholischen Dyskrasie verliert das Serum einen grossen Teil seiner antitoxischen Kraft, die vom Alkohol herrührt, und steigt unter die Norm herab. Aus klinischen Erfahrungen folgert der Verfasser, dass die Alkoholisten eine bedeutend geringere Mortalität an Tuberkulose aufweisen. Natürlich ist hier immer nur von einem solchen Alkoholgebrauch die Rede, welcher das Nervensystem und den Organismus überhaupt noch nicht geschädigt hat. Daher rät Verfasser auch zu therapeutischen Zwecken den Alkohol in mässigen Dosen anzuwenden, z. B. in Form von Milch mit Kognak.

Als Resumé seiner Ausführungen über die diagnostische Bedeutung des alten Tuberkulins stellt Dr. Bandelier (Kottbus) folgende Thesen auf: 1. Auch nach dem heutigen Stande der Wissenschaft ist das Tuberkulin das zuverlässigste Hilfsmittel zur Sicherung der Frühdiagnose der Tuberkulose. 2. Die allgemeine Anwendung der Tuberkulindiagnostik ist daher anzustreben, nicht nur in den Lungenheilstätten und ihren Voruntersuchungsstationen, sondern auch in den Krankenhäusern und den Kreisen der praktischen Ärzte. 3. Zwecks Erreichung einwandsfreier und einheitlicher Diagnosen ist an der Kochschen Injektionsmethode streng festzuhalten. 4. Die Tuberkulindiagnostik ist das sicherste Mittel zur Klärung der Diagnose „Heilung".

Dr. Franz (Wien) hat sich an 400 Soldaten von der Unschädlichkeit der zum diagnostischen Zwecke vorgenommenen Tuberkulin-Injektionen überzeugt.

Dr. Adler (Prag) konnte an 20 Fällen die vollkommene Ungefährlichkeit des Tuberkulinum vetus Kochii einerseits und den gewaltigen, auffallenden symptomatischen Nutzen andererseits konstatieren und hofft auch Dauererfolge erzielen zu können. Es wurden nur fieberlose Kranke gespritzt — Fiebernde vorher erst entfiebert — es wurde mit kleinen Dosen, 0,00001—0,00005, begonnen und allmählich, möglichst ohne eine Reaktion zu erzielen, bis auf grosse Dosen (0,1) reines Tuberkulin gestiegen; anfangs wurde einmal, später zweimal wöchentlich injiziert. Die Besserungen waren in die Augen springend, insbesondere die chronischen Prozesse wurden — ohne dass die übrigen Bedingungen geändert würden — rapide gebessert. Adler hält das Mittel für absolut gefahrlos und wünscht auch dessen häufigere Anwendung behufs Sicherung der Diagnose.

Dr. Römisch (Arosa) hat mit der Tuberkulinbehandlung bei beginnenden Fällen sehr gute Resultate erzielt. Aber auch bei vorgeschrittenen Fällen findet er sich nach seinen Erfahrungen berechtigt, das Tuberkulin anzuempfehlen, unter der Voraussetzung, dass diese Kranken fieberfrei, nicht hochgradig nervös und dass bei ihnen die Veränderungen auf den Lungen noch nicht so ausgedehnte und tiefgreifende sind, dass infolge einer Reaktion ein weitgehender Gewebszerfall Gefahr bringen kann. Zur Vermeidung der letzteren Schädlichkeit ist es jedenfalls günstig, wie er es getan hat, solche Kranke auszuwählen, bei denen durch eine längere sachgemässe Behandlung eine teilweise Vernarbung schon eingetreten ist. In solcher Verbindung mit der heutigen hygienisch-diätetischen Behandlung der Lungentuberkulose hat die Tuberkulinbehandlung nach seiner Meinung noch eine grosse Zukunft.

Eine kombinierte Behandlung der Lungentuberkulose mit Kalk und Tuberkulin empfiehlt Dr. Rudolph (Magdeburg). Er liess Tuberkulöse abends vor dem Schlafengehen Kalkwasserklystiere machen und zwar so, dass jedesmal 150—250 g Kalkwasser mit gleichen Quantitäten warmen Wassers verdünnt

Digitized by Google

gebraucht werden. Die Patienten gewöhnen sich bald daran, die Flüssigkeit zu halten. Dieselbe wird prompt resorbiert. Zugleich liess Verfasser folgendes Pulver einnehmen:

Calc. carbon.
Calc. phosphor. ää 20
dreimal täglich ½ Teelöffel.

Diese Behandlung kombiniert Verfasser mit Etappentuberkulinkuren. Fünf vorgeschrittene Fälle von Lungentuberkulose, bei denen sämtlich Bacillen nachgewiesen waren, hat Verfasser im Verlauf eines Jahres mit der Tuberkulinkalkkur behandelt. Bei einem Falle schwanden alle Krankheitssymptome. Die vier anderen wurden sehr erheblich gebessert.

Dr. Jessen stellt Versuche mit dem Tuberkulocidin Klebs an. Dieses Präparat soll nur die Sozalbumosen des Rohtuberkulins enthalten, während die Toxalbumosen entfernt sind. Jessen hat 36 Fälle behandelt: 14 des ersten, 11 des zweiten, 11 des dritten Stadiums. Unter den 14 Fällen des ersten Stadiums wurde in allen = 100%, unter 11 des zweiten Stadiums sechsmal = 54%, unter 11 Fällen des dritten Stadiums viermal = 36% Wiederherstellung bis zur Erwerbsfähigkeit erreicht. Eine wesentliche Besserung des Lungenbefundes wurde unter 36 Fällen aller drei Stadien 23 mal = 63,9% erzielt. Störungen der Nierentätigkeit traten nicht ein: die Diazoreaktion schwand in den gebesserten Fällen. Pulssteigerungen waren öfter zu beobachten. Eine deutliche Abfieberung hochfiebernder Fälle wurde nicht beobachtet. Gelegentlich kamen Temperatursteigerungen mit Schwäche, Schweiss, zweimal Hämoptoe vor. Die Fälle von Mischinfektion sind für TC ungeeignet. Verfasser steht unter dem Eindruck, dass durch das TC eine Entgiftung des Organismus bewirkt wird, die ihn befähigt, das Kranke auszustossen. Man gibt TC innerlich zu 4—6—8—20—25 Tropfen täglich in sehr vorsichtiger langsamer Steigerung.

Nach Prof. Bernheim (Paris) ist die Liegekur, nicht die Lungengymnastik, die rationelle Hygiene des Tuberkulösen. Sie vermindert die Gefahr einer Autointoxikation, die Anhäufung von Abfallstoffen im Organismus, reguliert die Tätigkeit der Lunge und des Herzens, schont das kranke Organ, beruhigt das Fieber und ist daher die unerlässliche Vervollständigung der Freiluft- und Ernährungskur, ja der wichtigste Teil dieser therapeutischen Trilogie.

Um den Blutzufluss zur Lunge zu steigern, wird man nach Dr. Bloete (Leiden) auch die Wirkung der Schwere auf die Blutzirkulation in den Lungenspitzen möglichst hintanzuhalten suchen müssen. Die Liegekur darf infolgedessen nicht so angewendet werden, dass die Zirkulation in den Lungen sich kaum anders gestaltet, als wenn die Kranken sitzen oder stehen. Viel mehr, als es bis jetzt geschieht, muss darauf geachtet werden, dass die Patienten möglichst horizontal und auf dem Rücken liegen, den Kopf höchstens durch ein Kissen gestützt.

Dr. Volland (Davos-Dorf) wendet sich gegen die übertriebene Freiluftkur, da es dem Kranken mehr schadet als nützt, wenn er auch die Nacht hindurch und bei schlechter Witterung durch diesèlbe der Erkältung ausgesetzt wird.

Die Atemgymnastik, durch kritiklose Verwendung in Misskredit gekommen, wird von Dr. Naegelsbach (Schöneberg), neuerdings auch von Dettweiler, für geeignete Fälle warm empfohlen. Verboten ist die Atemgymnastik bei fieberhaften, frischen Prozessen, akuten Pleuritiden, bei reichlicher flüssiger Absonderung. Zweckmässig ist die Atemgymnastik bei stationären Erkrankungen mit spärlicher Absonderung, besonders bei bestehender oberflächlicher Atmung. Von Spielen ist das Croquet unschuldiger, als das Billard. Reiten scheint in stationären Fällen gut vertragen zu werden. Bei Radeln und Rudern ist auch bei relativ Geheilten ein Übermass schwer zu vermeiden. Günstig ist der Einfluss leichter Arbeit auf den kräftigeren Phthisiker. Geschlechtsruhe ist dem Phthisiker, wenigstens so lange sein Leiden nicht stationär ist, absolut nötig. In bester Luft und bei bester Ernährung kann der Schwindsüchtige nur dann gesunden, wenn das Regime, wenn besonders die Einteilung von Ruhe und Bewegung gerade für seine Verhältnisse richtig getroffen ist.

Digitized by Google

Prof. Sticker (Giessen) vertritt die Ansicht, dass wir in einer erheblichen Verminderung der Reservekraft der Inspirationsmuskulatur ein Zeichen der Körperanlage haben, welche von alters her mit Recht als Schwindsuchtsanlage gilt, und dass sich für diese Anlage eine ungefähre Zahlengrösse mit Hilfe des von ihm konstruierten Thorakodynamometers geben lässt, vorausgesetzt, dass keine qualitativen Veränderungen am Respirationsapparat die Dynamometerwerte beeinflussen. Auf Grund dieser Werte will er mit einiger Bestimmtheit die schonungsbedürftigen Phthisiker von den der Übung bedürftigen Tuberkulösen sondern und so das System aufheben, das in der Therapie der Tuberkulösen die Liegekur ohne Wahl für alle empfiehlt.

Für viele Tuberkulöse ist gerade die körperliche Betätigung von grösster Wichtigkeit, so dass eine „Arbeitskur" viel mehr zu empfehlen sei als die in manchen Sanatorien übertriebene Ruhe. Selbst wenn einmal alle grossen Städte ihre eigenen Heilanstalten haben sollten, würde es doch unmöglich bleiben, alle Tuberkulösen dorthin aufzunehmen. Daher macht Dr. Freudenthal (New-York) den Vorschlag, die Patienten mit beginnender Phthise oder suspekten Lungen aus den Vereinigten Staaten nach den südwestlichen Teilen der Union (Arizona, Neu-Mexiko) zu schicken, und die dort noch brach liegenden, sehr fruchtbaren Landstrecken (jährlich sind vier bis fünf Ernten leicht möglich!) durch sie kultivieren zu lassen. Verfasser setzt die Art und Weise, wie er sich diesen originellen Vorschlag ausgeführt denkt, in kurzen Worten auseinander.

Die in den Heilstätten erzielten Erfolge würden nach Prof. Wernickes (Posen) Ansicht am besten durch Errichtung ländlicher Kolonien gesichert. Diese Kolonien, welche als eine notwendige Erweiterung der Massnahmen zur Tuberkulosebekämpfung anzusehen sind, sollen in erster Linie als Übergangsstationen zur Gewöhnung an die Arbeit nach der Heilstättenbehandlung und zur Befestigung des erzielten Erfolges dienen; von den Kolonien aus kann dann die Überleitung in andere Berufsarten erfolgen. Auch solche Kranke sollen in die ländlichen Kolonien geschickt werden, welche für die Heilstätten ungeeignet, aber noch erwerbsfähig sind und in ländlichen Betrieben voraussichtlich noch längere Zeit leistungsfähig bleiben werden, als es in ihrem bisherigen Berufe möglich wäre. Die Pfleglinge müssen unter dauernder ärztlicher Aufsicht stehen, wenn möglich, soll die Kolonie in direkte Beziehung zu einer Heilstätte gebracht werden.

Eine Phthisenbehandlung ohne entsprechende energische Hydrotherapie ist nach Prof. Winternitz (Wien) eine unvollständige Behandlung. Dient sie im allgemeinen zur Erreichung einer Abhärtung gegen Erkältung und einer grösseren Seuchenfestigkeit, so leistet sie in der Behandlung des Einzelnen grosse Dienste als tonisierendes, die Ernährung hebendes Mittel, dann aber ist sie schon in ganz mässigen Prozeduren (z. B. Kreuzbinde) sehr wirksam zur Bekämpfung des hektischen Fiebers, das in der Regel als „Stauungsfieber" beginnt.

Nach Dr. Munter ist für die hydrotherapeutische Behandlung der Lungentuberkulose am meisten jenes Stadium geeignet, in dem noch keine Mischinfektion eingetreten, und wo es zur eigentlichen Phthisis pulmonum noch nicht gekommen ist. Die Hauptaufgaben der hydriatischen Therapie sind hier Hebung des Allgemeinbefindens, der Ernährung, des Appetits u. s. w., und andererseits Abhärtung gegen Erkältungen, welche zu der so gefürchteten Mischinfektion führen könnten. Jenen beiden Indikationen genügen kurze Kältereize, sei es nun in Form der die Gefässe mehr schonenden kalten Teil- oder Ganzwaschungen (10 bis 20° C.), Begiessungen oder Halbbäder, oder der mehr übenden Abreibungen, Brausen etc.; speziell zur Abhärtung empfiehlt der Verfasser die wechselwarmen Brausen. Im übrigen lassen sich aber bestimmte allgemein gültige Rezepte, wie überhaupt in der Hydrotherapie, so auch hier nicht geben. Die Hauptsache bleibt bei allen bei Lungentuberkulose in Frage kommenden Kälteprozeduren, dass dabei eine Wärmeentziehung durch vorhergehende Anwärmung (im Bett, in einer feuchten Packung, im Licht- oder Heiss-

Digitized by Google

luftbad) vermieden und stets für eine gute Gefässreaktion (durch eben diese Vorwärmung und eventuell nachfolgenden mechanischem Reiz, Bewegungen etc.) gesorgt wird. Unter diesen Kautelen lässt sich die hydrotherapeutische Behandlung der reinen Tuberkulose in allen Fällen durchführen; nicht überflüssig erscheint es, dass Munter auch hier wieder dem noch vielfach verbreiteten Irrtum entgegentritt, dass die Anwendung von lauwarmen Prozeduren für den Patienten schonender sei, als kurze Kälteanwendungen mit Sorge für gute Reaktion. Zur lokalen hydriatischen Behandlung der Lungentuberkulose dienen die Lungenpackungen (Kreuzbinden). Sie bewirken nicht nur eine Besserung der Zirkulationsverhältnisse in den Lungen, Erleichterung der Expektoration und Verminderung des Hustenreizes, sondern wirken durch Verlangsamung der Pulsfrequenz und Erhöhung des Blutdruckes auch auf das ganze Zirkulationssystem des Kranken günstig. Im Stadium der vorgeschrittenen Tuberkulose will Munter alle eingreifenderen Prozeduren vermieden wissen; doch rühmt er die günstige Wirkung von partiellen kühlen Abwaschungen bei Phthisis pulmonum, daneben kann man auch hier noch die Kreuzbinden mit gutem Erfolge anwenden. Zur Bekämpfung des Fiebers können milde Prozeduren (Teilwaschungen, Abreibungen, Abklatschungen) verwandt werden; eine eingreifende antipyretische Wasserbehandlung ist hier selbstverständlich kontraindiziert.

Prof. Krause (Berlin) rühmt den günstigen Einfluss der Hetoltherapie nach Landerer auf die Lungen- und Kehlkopftuberkulose. Eine schädliche Einwirkung hat er niemals beobachtet.

Auch Dr. Katzenstein (München) ist ein Anhänger der Hetoltherapie. Die Zahl der Einspritzungen ist sehr verschieden, 20—72. Dieselben machte Autor intramuskulär, in das mittlere Drittel des Triceps. Die Dosis, welche er anwandte, betrug bei Kindern bis zu $^3/_{10}$ ccm einer 1%igen Lösung, d. h. bis zu 3 mg Hetol. Bei Frauen und Männern im allgemeinen bis zu 15 mg, d. i. $^3/_{10}$ ccm einer 5%igen Lösung. In seltenen Fällen ging er bis zu 25 mg Hetol. Autor glaubt zu der Behauptung berechtigt zu sein, dass die Hetolbehandlung bei beginnender Phthise, oder vielleicht richtiger gesagt, bei bestehendem Spitzenkatarrh eine auch vom praktischen Arzt sehr wohl auszuführende, von grossem Erfolg begleitete Methode ist, die schon deswegen viel häufiger in Anwendung gezogen werden sollte, weil sie seiner Erfahrung nach heute die beste Behandlung für solche Patienten darstellt, welche aus irgend welchen Gründen aus ihren häuslichen oder geschäftlichen Verhältnissen sich nicht entfernen wollen oder nicht können.

Dr. Krone (Todtmoos) schlägt eine Kombination des Hetols mit Sanguinal vor. Die Dosierung des Hetols wurde so eingerichtet, dass jede Hetolsanguinalpille 1 Milligramm Hetol enthielt. Die Kranken fingen gewöhnlich mit dem Einnehmen einer Pille an und nahmen von drei zu drei Tagen eine Pille mehr, bis zu sechs Pillen pro die. Kinder bekamen nur bis zu drei Pillen. Die Medikation wurde im allgemeinen gut vertragen und liess sich auch bei den kleinen Patienten, welche die schokoladeüberzogenen Pillen gern nahmen, gut durchführen. Der Erfolg trat zwar nicht so schnell ein, wie dies bei intravenöser Hetolapplikation beobachtet zu werden pflegt, war aber doch ein unverkennbarer, das Allgemeinbefinden hob sich, der Appetit wurde angeregt, das Körpergewicht nahm regelmässig zu, vor allem aber liess sich bald auch ein günstiger Einfluss auf die entzündlichen tuberkulösen Prozesse konstatieren.

Dr. Gidionsen hat neun Monate lang eine Anzahl Kranker der Heilanstalt Falkenstein am Taunus genau nach den von Landerer gemachten Vorschriften mit zimmtsaurem Natron (Hetol) injiziert. Im ganzen waren es zwölf Fälle, aus deren Beobachtung Verfasser folgende Schlüsse zieht: 1. Die intravenöse Hetolbehandlung weist Erfolge im objektiven Lungenbefunde auf, welche diejenigen durch die gewöhnliche Freiluftbehandlung erzielten in keiner deutlich erkennbaren Weise übertreffen. 2. Die Hetolbehandlung führt aber auch zu offenbaren Verschlechterungen im objektiven Befunde und im Allgemeinbefinden teils mit, teils ohne

Digitized by Google

gleichzeitige Lungenblutungen. 3. Das Fieber bleibt durch die Zimmtsäureinjektionen so gut wie unbeeinflusst, während bei vorsichtiger Dosierung konsekutive Temperatursteigerungen zu vermeiden sind. 4. Das Allgemeinbefinden erfährt gegenüber den nicht mit Hetol Behandelten keine in die Augen springende Besserung. 5. Das Körpergewicht geht während der Hetolinjektionen in auffälliger Weise zurück. 6. Störungen im Allgemeinbefinden infolge der Injektionen sind geringfügiger Natur (teils Mattigkeit, teils Schlaflosigkeit). 7. Die Injektionen haben an Ort und Stelle keine schädliche Reaktion zur Folge. 8. Die tuberkulösen Kehlkopferkrankungen bleiben völlig unbeeinflusst.

Ihre Ansichten über die Ernährung der Schwindsüchtigen entwickeln Dr. Goodbody, Dr. Bardswell und Dr. Chapman aus ihren eingehenden Untersuchungen an sechs Kranken. Danach empfiehlt sich eine sehr vorsichtige Überernährung, d. h. Ernährung der Kranken über den Appetit hinaus, mit besonderer Bevorzugung des Fettes, nur bei abgemagerten, heruntergekommenen Patienten; sobald sich das Körpergewicht wieder der Norm nähert, soll man sich lediglich auf das beschränken, was der Kranke gern nimmt. Eine unverständige übertriebene Überernährung nützt nichts und schadet oft, auch wenn es gelingt, das Körpergewicht ganz beträchtlich in die Höhe zu treiben.

Im Postgraduate Hospital zu New-York werden, wie Dr. Russel angibt, alle tuberkulösen Kranken, welche überhaupt im stande sind, täglich die Anstalt aufzusuchen, folgendermassen behandelt. Im allgemeinen kommen die Patienten zweimal täglich in die Klinik, und zwar morgens zwischen 1/2 8 und 9 Uhr und abends zwischen 7 und 8 Uhr. Dort erhalten sie die Russelsche Emulsion, welche aus gemischten Fetten besteht, werden befragt und beraten. Wöchentlich einmal werden sie gewogen. Sie werden vor allem angewiesen, bei weit offenem Fenster zu schlafen, ferner so viel als möglich zu essen, besonders aber viel Milch und Eier zu geniessen. Sie werden ferner vor zu warmer Kleidung gewarnt und auf die Notwendigkeit warmer Füsse aufmerksam gemacht. Sie sollen wenigstens neun Stunden schlafen, Vergnügungsplätze vermeiden und Spirituosen, Tee, Kaffee und alle unnötige Bewegung vermeiden. Da die meisten Patienten an leichter Obstipation leiden, so erhalten sie Purgantien. Das meist begünstigste Mittel ist das Oleum Ricini, welches abwechselnd mit Rheum verabreicht wird. Die Klinikstunden sind derart arrangiert, dass die Patienten eventuell ihrer Arbeit nachgehen können. Die Resultate, welche bei dieser zwar einfachen, hygienischen, aber strikt durchgeführten Methode erzielt werden, sind auffallend gut.

Bei der Behandlung der Tuberkulose haben sich Prof. de Renzi (Neapel) von der pharmaceutischen Präparaten das Ichthyol, das Ichthoform und das Natrium salicylicum am besten bewährt. Ein nahezu beständiger Heileffekt der Ichthyolverabreichung war die Abnahme der katarrhalischen Erscheinungen, Gewichtszunahme und Besserung des Allgemeinbefindens; weniger deutlich war der Einfluss auf das Fieber und die Menge der Tuberkelbacillen. Die Verordnungsweise, die gewöhnlich anstandslos genommen wird, ist folgende:

Rp.:	Ichthyol. ammon.	25,0
	Aq. destill.	60,0
	Alcohol. rectif. (80%)	60,0
	Sirup. citric.	50,0
	Sirup. cort. aurant.	50,0.

M. D. S. Ein- oder mehrmals täglich ein Esslöffel voll in einem Glase Wasser.

Empfehlenswert ist auch folgende Formel:

Rp.:	Ichthyol.	10,0
	Aq. menth. pip.	80,0
	Sirup. simpl.	20,0.

M. D. S. Ein Kaffeelöffel voll in einem Glase Wasser in zwei Absätzen zu trinken.

Das Ichthoform, das ebenso günstig wie das Ichthyol wirkt und dabei noch die bei der Tuberkulose so häufigen Darmstörungen (Gasentwickelung, Darmschmerzen, Diarrhöe) wohltätig beeinflusst, wurde in Pulvern von 0.1—0,3 g bei täglichen Gaben von 1—3 g gegeben. Das Natrium salicylicum verwendet Verfasser bei der Tuberkulose speziell gegen das Fieber; die Kranken nehmen das Mittel am besten

Digitized by Google

ein grammweise trocken und trinken 200 bis 300 ccm Wasser hinterher.

Die Krankenhausbehandlung der Lungentuberkulose gestaltet sich an Prof. v. Merings Abteilung in Halle a. S., wie Dr. Winternitz mitteilt, folgendermassen. Möglichste Isolierung, genügende Luftventilation; ausgiebige Ernährung durch Milch als Zukost bis zu 1½ Litern, von künstlichen Eiweisspräparaten Tropon 20—50 g pro Tag in Suppe, Kakao etc.; trockene, spirituöse, nasse Abreibung, lauwarme, später kalte Regendusche, Kreuzbinde; mässige Atmungsgymnastik; Kreosot und namentlich Thiokol, welches letztere alles leistet, was mit Kreosot zu erreichen ist, dabei aber den Vorzug der Reizlosig-, Ungiftig- und Geruchlosigkeit hat. Der bittere Geschmack ist durch Oblaten zu verdecken, resp. durch den Gebrauch des Thiokolsirup (Sirolin). Von Thiokol gibt Verfasser drei- bis viermal täglich 0,5—1, von Sirolin drei- bis viermal täglich einen Teelöffel (=1—1½ g Thiokol pro die); gegen den Hustenreiz Kodein und Dionin (0,6 : 100 abends ein Teelöffel), erst in letzter Reihe Morphium.

Dr. Frieser (Wien) lobt die Wirkung des Aphthisin bei Tuberkulose. Dieses Präparat besteht aus neun Teilen guajakolsulfosaurem Kalium und einem Teil Petrosulfol. Es kommt in Form von Kapseln und als Sirup in den Handel. Der Aphthisinsirup wird teelöffelweise genommen, und zwar verordnet man Erwachsenen drei bis vier Teelöffel, Kindern zwei bis drei Teelöffel täglich nach den Mahlzeiten, und lässt entweder das Präparat rein als solches oder in Milch, Tee, Kaffee oder Kakao nehmen. Von den Kapseln nimmt man täglich drei- bis viermal je ein Stück ein.

Die epidermatische Anwendung des Guajakols in kleinen Dosen bei Lungentuberkulose lobt Dr. Lawroff (Moskau). Man streicht jedesmal das Guajakol auf eine Hautpartie, deren Umfang nur 30—40 qcm beträgt, und bedeckt dieselbe mit einem genügend grossen Uhrglase, dessen Ränder mittelst des Unnaschen Zinkoxydleims an die Haut fest anklebt. Unter dieser hermetischen Bedeckung wird das Guajakol rasch absorbiert: in 6—12 Stunden, je nach der angewandten Dosis, welche von 0,5—2,0 variiert, die letzte Quantität nie übersteigend. Durch solche täglich einmal erneuerte Applikationen war Verfasser im stande, bei seinen Tuberkulösen das Fieber, den Husten, die nächtlichen Schweisse, den Schlaf, den Appetit und sogar die katarrhalischen Erscheinungen in den Lungen aufs günstigste zu beeinflussen. Von der Haut wurden diese Pinselungen gewöhnlich gut vertragen. Manchmal entstanden nur kleine Hautröten, die aber rasch unter Anwendung einer einfachen Zinkoxydsalbe verschwanden.

Nach Dr. Robins und Dr. Binets Erfahrungen darf man bei Phthise keine tonischen Medikamente anwenden, welche den Stoffumsatz steigern. Lebertran, Natrium oder Kalium arsenicosum in Dosen von 5 mg, Natrium kakodylicum à 5 cg, Tartarus stibiatus à 1 bis 5 cg setzen den respiratorischen Stoffwechsel herab. Arsenikpräparate in doppelten Mengen einverleibt, steigern den Stoffwechsel.

Dr. Claude und Dr. Zaky studierten den Einfluss des Lecithins auf die Tuberkulose. Ihr Material umfasste im ganzen 21 Fälle, darunter Tuberkulöse ersten, zweiten und dritten Grades, sowie akute Lungenphthise. Das Lecithin kam bei sämtlichen intern zur Anwendung und zwar in Form von Pillen, deren jede 5 cg enthielt. Die Tagesgabe betrug je nach der Schwere der Krankheit 30—40 cg. Es zeigte sich eine rapide Änderung des Stoffwechsels, die in der Verminderung der Phosphorausscheidung und der Steigerung des Stickstoffausscheidungskoeffizienten ihren Ausdruck fand. Die sich so vollziehende Umwandlung der organischen Lebensvorgänge führte bei allen Patienten mit Ausnahme der Fälle von sehr akuter Lungenphthise und der Kranken im letzten Stadium der Tuberkulose zu einer auffälligen Vermehrung des Appetits, zu kontinuierlicher Steigerung des Körpergewichts und zu frappierender Besserung des Allgemeinbefindens.

Dr. Harper behandelt die Tuberkulose mit Harnstoff. Er gibt den chemisch reinen, synthetisch dargestellten Harnstoff in Gaben von 0,6 bis 0,9 dreimal

Digitized by Google

täglich in Wasser mit Aqu. Menth. pip. und Glycerin zusammen und steigt die Dosis langsam auf 2,4 bis 3,6. Autor begründet diese Behandlungsmethode mit dem Hinweis auf den bekannten Antagonismus zwischen der Tuberkulose und der Gicht mit ihrer Stickstoffretention.

Dr. v. Weismayr (Alland) gibt folgende Vorschriften für die Behandlung der Hämoptöe: Ruhe! Beruhigung des Kranken und der Umgebung, Ruhe des Arztes, Bettliegen, Ernährung mit kalter Milch in kleinen häufigen Gaben. Wenn nötig, Abbinden des Gliedes, mit recht vorsichtigem, langsamen Lösen der Binden. Kein Morphium! Keine Haemostatica!

Zur Behandlung der Nachtschweisse der Phthisiker empfiehlt Dr. Dohrn eine 10%ige flüssige Formalinleinöl- oder Olivenölseife, bei Kindern eine 5%ige Seife. Der ganze Rumpf wird abends mit der flüssigen Seife energisch ca. eine Minute lang eingerieben und dabei zugleich eine Massage der Haut ausgeübt. Darauf wird die Seife mit einem feuchten Tuche abgeschäumt und der Körper sorgfältig abgetrocknet. Der Reiz des Formalins, die leichte Massage und die Abreibung mit kühlem Wasser erfrischen den Kranken und sind ihm angenehm. Die Schleimhäute müssen verschont bleiben. Von zwölf Kranken, die täglich abends eingerieben wurden, setzten bei sieben die Schweisse völlig aus, bei anderen Kranken wurde im Laufe von Wochen ein Nachlassen der Wirksamkeit bemerkt.

Dr. Veir (Frankfurt a. M.) hat in den letzten Jahren fünf Kranke mit Pharynxtuberkulose behandelt. Eine Kranke hatte Gaumengeschwüre bei sehr weit fortgeschrittener Lungentuberkulose. Die Gaumengeschwüre heilten, die Kranke ging aber an der Erkrankung der Lunge zu grunde. In den anderen vier Fällen war die Erkrankung der Lunge nicht sehr bedeutend, aber die Geschwüre im Rachen waren sehr ausgedehnt. Überall waren heftige, oft nach den Ohren ausstrahlende Schluckschmerzen vorhanden, wodurch die Nahrungsaufnahme sehr gestört wurde. Veir hat die Geschwüre mit konzentrierter Trichloressigsäure bestrichen und dadurch, wie durch Aufblasen von 10%igem Orthoformpulver die Schluckschmerzen oft sofort beseitigt. Die Ätzung wurde, wo nötig, nach vier bis fünf Tagen wiederholt, überragende Gewebepartien und Granulationen wurden mit dem scharfen Löffel und der Zange abgetragen und so überraschend schnell Heilung herbeigeführt.

Dr. Logucki (Warschau) hat in Fällen von Tuberkulose der oberen Luftwege Pinselungen mit 5—15%igen Glycerinlösungen von Menthorol, der Mischung von Para-Chlorphenol mit Menthol, mit gutem Erfolge angewandt.

Dr. Tóvölgyi (Budapest) rühmt das Phenolum sulforicinicum bei der Behandlung der Kehlkopftuberkulose.

Über Dauerresultate der operativen Behandlung der tuberkulösen Peritonitis berichtet Dr. Thoenes (Hamburg). In allen Fällen mit freiem, flüssigem Exsudat wurde durch energisches Trockenreiben der Bauchhöhle eine lebhafte peritoneale Reaktion angestrebt, um so womöglich Verwachsungen zu erzielen und den natürlichen Heilungsvorgang durch Abkapselung u. s. w. anzubahnen. Bei erneuter Ansammlung des Ergusses wurde mehrfach die Laparotomie wiederholt, wobei festgestellt wurde, dass die gewünschte Adhäsionsbildung ausgiebig eingetreten war. Nach Autor ist die Prognose der Laparotomie für die seröse Form, wenn keine schwereren Komplikationen vorliegen, eine günstige. Dagegen ist bei der Mehrzahl der trockenen Formen die Laparotomie ein lebensgefährlicher und meist nicht von Erfolg begleiteter Eingriff. Eine Ausnahme bilden bis zu einem gewissen Grade die von den weiblichen Genitalien ausgehenden Formen, weil es bei ihnen am ersten möglich ist, den primären, meist in der Tube sitzenden Krankheitsherd zu eliminieren. Von fünf weiteren Kranken mit operativ behandelter Tuberkulose des Cökum starben zwei, geheilt wurden drei, von denen jedoch später noch einer an Darmtuberkulose zu grunde ging.

Das auffallende beim Verlaufe der tuberkulösen Peritonitis nach dem Bauchschnitt liegt nach Dr. Köppen (Norden) nicht darin, dass das Exsudat nach der Operation fortbleibt, sondern vielmehr darin, dass es erst dann verschwindet, wenn bereits der krankhafte Prozess zum

Digitized by Google

Stillstand gekommen ist, bezw. die Heilung der Tuberkulose des Bauchfells bereits begonnen hat. Köppen konnte durch Tierversuche nachweisen, dass das Bestehenbleiben des Exsudats auf mangelhafte Immunisierung des Organismus gegenüber dem Tuberkeltoxin schliessen lässt, während bereits das Peritoneum immun geworden ist, ohne dass es damit schon seine völlig normale Struktur wiedergewonnen zu haben braucht. Wird nun zu diesem Zeitpunkt der Bauchschnitt ausgeführt, so bleibt das Exsudat fort, die Immunisierung des Organismus vollendet sich, und das Bauchfell kehrt zur Norm zurück. Hieraus ist zu folgern, dass der Laparotomie keine (primäre) Heilwirkung auf die tuberkulöse Peritonitis zugeschrieben werden darf. Die Therapie verlangt zunächst, die Immunisierung des Organismus zu befördern. Gelingt dies, so ist die Heilung sicher. Andernfalls soll der Erguss abgelassen werden und zwar durch die Punktion mit nachfolgender ergiebiger Ausspülung mit physiologischer Kochsalzlösung. Auch eitrige allgemeine Peritonitiden sind, wie eine Beobachtung Köppens beweist, dadurch zu heilen.

Prof. Comby (Paris) kommt zu dem Schluss, dass ein grosser Teil von Fällen von Peritonitis tuberculosa des Kindes- und Jünglingsalters durch hygienische und medikamentöse Massnahmen heilbar ist. Die Faktoren, welche die interne Behandlung der Peritonitis tuberculosa ausmachen, setzen sich zusammen aus: absoluter Bettruhe, wochen- und monatelang, Sorge für frische Luft und Sonnenlicht (offene Fenster, nach Süden gelegene Zimmer, bei gutem Wetter Aufenthalt im Freien in portativen Betten oder besonderen Krankenwagen), Berücksichtigung der Diät (Milch, Eier, rohes Fleisch, Fleischsaft, Gemüsepüree), Aufenthalt auf dem Lande, an der See (auch im Winter). Von medikamentösen Mitteln kommen in Betracht: Lebertran mit oder ohne Kreosot, Glycerin, phosphorsaurer Kalk; ferner ausserdem Kreosotölklystiere, Einreibungen des Abdomens mit Jod oder grüner Seife.

Dr. Port jun. stellt für die Behandlung tuberkulöser Gelenkerkrankungen folgende Gesichtspunkte auf: Die Tuberkulose des Kindesalters bis zur Pubertät eignet sich ausschliesslich zur konservativen Behandlung. Die tuberkulösen Knie- und Fussgelenkentzündungen bei Erwachsenen sind zu operieren, sobald die Diagnose feststeht. Die tuberkulösen Erkrankungen der oberen Extremität bieten auch bei Erwachsenen günstige Aussichten für die unblutige Behandlung. Hier wird eine genaue Lokaldiagnose über den Grad und die Art der Erkrankung den Ausschlag geben. Bei alten Leuten bietet die konservative Behandlung der Gelenktuberkulose keine Aussichten, hier ist immer eine Operation am Platze, am besten die Amputation. In den Anfangsstadien der Erkrankung wird man sich am schwersten zur Operation entschliessen.

Die Behandlung der Kniegelenksarthritis durch Immobilisierung und Kompression ist nach Prof. Lucas-Championnière ein schlechtes Verfahren, es opfert ganz die Beweglichkeit des Knies, die man unter gewissen Verhältnissen erhalten kann, hemmt nicht das Fortschreiten des tuberkulösen Prozesses und liefert sehr schlechte Resultate sowohl in bezug auf das Bein, als auch das Leben des Menschen. Heilt das Knie ganz aus, dann ist das ankylotische Bein zu lang. Der Kranke behält seine tuberkulösen Herde, von denen oft Schmerzen, Eiterung und allgemeine Infektion ausgehen. Die Resektion, die früher 90% Mortalität hatte, ist ein ideales Verfahren. Verfasser hat bei 113 Resektionen keinen operativen Todesfall gehabt. Die Resektion liefert eine Knochensolidität und der Heilung des grossen tuberkulösen Herdes folgt auch die Heilung anderer Herde, z. B. der Lungenherde. Die Resektion eignet sich für noch junge Individuen, bei älteren kann man sie auch versuchen, wenn auch die Verhältnisse hier ungünstiger sind.

Prof. König (Berlin) bespricht seine Methode der Resektion des Fussgelenkes wegen Tuberkulose. Autor führt zwei grosse Schnitte an der seitlichen Vorderseite der Knöchel. Die Schnitte beginnen etwa 2 bis 2½ cm oberhalb des Gelenks; sie verlaufen fast am Rande des inneren und äusseren Knöchels. Nach unten gehen sie auf der einen Seite

Digitized by Google

bis zum Schiffbein, auf der Aussenseite bis zum Sinus tarsi. Von diesem Schnitt aus löst man das Weichteilgelenk auf der Vorderseite ab. Vor allen Dingen löst man zunächst das obere Gelenk. Man präpariert die ganzen Weichteile, indem man Langenbeck'sche Haken unterschiebt, von ihrer Unterlage los, so dass man schliesslich das, was zwischen beiden Schnitten liegt, wie eine Brücke auf den Haken hat. Um nun ein brauchbares Gelenk zu bekommen, erhält Verfasser Schalen der beiden Knöchel, die in Verbindung mit dem Bandapparat bleiben. Diese Schalen werden durch einen breiten Meissel, der in die Schnitte auf den Rand der Knöchel gesetzt wird, abgetrennt. Dann folgt die Entfernung der Talusrolle, oft muss man auch den ganzen Talus exstirpieren. Wenn nötig, muss man auch die horizontale Fläche des Fersenbeins und Teile vom Schiffbein oder das ganze Schiffbein entfernen. Bei erkrankten Knochen sind die erforderlichen Abmeisselungen nicht schwer, da die tuberkulösen Knochen meist weich sind. Die Operation wird unter Blutleere gemacht. Die Wunde wird genäht, an der Seite ein Drain oder Jodoformgaze eingeschoben und der Fuss im rechten Winkel in einem festen Moospappenverband fixiert. Sobald die Drains herausgezogen sind und die Wunde sich schliesst, kommt der Fuss in einen Gipsverband.

Die Tuberkulose der Lymphdrüsen gehört nach Dr. Finkelstein zu den sehr ernsten Erkrankungen, die von seiten des Arztes die grösste Aufmerksamkeit erfordern. Das Auftreten kleiner Drüsengeschwülste ist ein Zeichen einer bevorstehenden ernsten Erkrankung. In den ersten Entwickelungsstadien genügt eine allgemeine Behandlung. Sind aber die Drüsen bereits verlötet, sehr gross und zerfallen, so ist Erfolg nur von der operativen Behandlung zu erwarten. Von lokalen Mitteln wirkt nur Wärme gut. Dagegen bewirken Injektionen von Tuberkulin, Arsen, Chlorzink, Argentum nitricum eine Beschleunigung des Zerfalls, aber keine Resorption der Geschwülste. Die Enukleation ist mit möglichster Sorgfalt auszuführen, alles Krankhafte ist zu entfernen, und zwar nach vorheriger Freilegung der Vene. Zur Verhütung von Rezidiven ist nach der Operation eine allgemeine Behandlung notwendig. Unsere sämtlichen operativen Bemühungen scheitern an den ungünstigen Verhältnissen, in denen der grösste Teil der Operierten lebt und arbeitet. Es sind infolgedessen weitgehende Massnahmen allgemein sanitärer Natur erforderlich. Nur unter solchen Umständen ist ein erfolgreicher Kampf gegen die Tuberkulose überhaupt, wie gegen die Drüsentuberkulose insbesondere möglich.

Bezüglich der Behandlung der Tuberkulose der männlichen Geschlechtsorgane empfiehlt Prof. v. Büngner (Hanau) Kastration mit Evulsion des Vas deferens. Verfasser betont das aufsteigende Weitergreifen der Erkrankung, die zumeist ursprünglich die Epididymis oder diese und das Vas deferens ergreife, empfiehlt dann als Nachbehandlung die intrakanalikuläre Jodoformglycerininjektion. Seine Heilungen betragen 86 %, während bei der früher üblichen einfachen Kastration annähernd 50 % heilten.

Für die Behandlung abscedierender tuberkulöser Epididymitis empfiehlt Dr. Bohdanowicz Punktion und häufige Injektionen von einigen Tropfen bis 1 ccm Naphtholum camphoratum. Er hat hierbei Ausheilung des Prozesses beobachtet.

Prof. Sclavo liess, wie Dr. Gandolfi mitteilt, eine Jodmilch herstellen, die durch Einwirkung von metallischem Jod auf frische, abgerahmte Milch erhalten wird, welche dann durch Zusatz von etwas Chloroform konserviert und in sterilisierten Fläschchen aufbewahrt wird. Damit werden hypodermatische Injektionen, à 10 cm^3, jeden zweiten bis dritten Tag durch viele Wochen gemacht. In Italien wurde das Mittel bereits vielfach erprobt und damit günstige Erfolge erzielt, z. B. bei tuberkulösen Lymphomen, Peritonitis tuberculosa, Hauttuberkulose, Fungus, Ostitis tuberculosa, Malum Potii, Epididymitis tuberculosa, kaltem Abscesse etc.

Dr. Sellheim prüfte die therapeutischen Erfolge bei Genitaltuberkulose an der Hand von Nachuntersuchungen über 65 in den letzten acht Jahren in der Freiburger Frauenklinik behandelte tuber-

Digitized by Google

kulöse Personen. Der Erfolg der palliativen Behandlung, die in 28 Fällen durchgeführt wurde, war sowohl in bezug auf das Verschwinden der Beschwerden, auf die Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit wie in bezug auf den Eintritt einer relativen Ausheilung der erkrankten Organe zufriedenstellend. Von den 37 operativ behandelten Fällen war bei den nachuntersuchten Frauen das Resultat ebenfalls gut. Am besten waren die radikal Operierten daran. Es wird daher, wenn man einmal gezwungen ist, zu operieren, die Entfernung der erkrankten Adnexe samt Uterus mittelst abdominaler Cöliotomie anzustreben sein. Diese günstigen Erfolge stimmen mit den Erfahrungen überein, die man bei tuberkulösen Herden an anderen Körperteilen gemacht hat, wenn man dieselben mit dem Messer wie eine bösartige Geschwulst entfernte.

Prof. Koster hat drei Fälle von Tuberkulose der Cornea und Iris mittelst Lufteinspritzungen in die vordere Augenkammer mit bestem Erfolge behandelt.

Prof. Koch, Dr. Moeller, Prof. Orth, Dr. Arloing und Dr. Nocart über die Beziehungen zwischen der Menschen- und Rindertuberkulose auf dem internationalen Tuberkulosekongresse zu Berlin (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 91). — Neue Versuche zur Übertragung der Tuberkulose von Dr. de Jong (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 12). — Kleine Beiträge zur Tuberkulose-Frage von Prof. Heller (Münch. med. Wochenschr. Nr. 15). — Bemerkungen zum Verhältnis der menschlichen Tuberkulose zur Rindertuberkulose von Dr. Cattle (Brit. med. Journ. — Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 6. Bd. 6. H.). — Prof. v. Baumgarten über den Kampf gegen die Tuberkulose vom Standpunkte der pathologischen Mykologie auf dem Tuberkulosekongresse zu Berlin (Münch. med. Wochenschr. Nr. 44). — Über die Genese der Lungentuberkulose von Prof. Ribbert (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 17). — Über die Unschädlichkeit der Milch tuberkulöser Kühe für den Menschen von Prof. Ruata (Klin.-ther. Wochenschr. Nr. 1). — Entstehung und Bekämpfung der Lungentuberkulose von Prof. Jakob und Dr. Pannwitz II. Bd. Bekämpfung der Lungentuberkulose. Leipzig, Verlag von G. Thieme (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 6. Bd 9. H.). — Prof. Flügge über die Massregeln gegen die Verbreitung der Phthise in Arbeitssälen, Bureaux etc. auf dem Tuberkulosenkongresse zu Berlin (Münch. med Wochenschr. Nr. 44). — Dr. Saugmann über Übertreibungen in den prophylaktischen Vorschriften ebendaselbst (Ebendaselbst). — Die Prophylaxe der Disposition von Dr. Steinthal (Zeitschr. f. Tuberk. 2. Bd. 6. H.). — Beiträge zur experimentellen Therapie von Prof v. Behring. 5. H. Tuberkulose. Marburg, 1902 (Zeitschr. f diät. u. phys Ther. 6. Bd. 7. H.). — Über die Sero-Antitoxizität des Alkohols bei der Tuberkulose und über die Anwendung des Alkohols in der Therapie der Tuberkulose von Dr. Mircoli (Münch. med. Wochenschr. Nr. 9. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 23). — Über die diagnostische Bedeutung des alten Tuberkulins von Dr. Bandelier (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 20). — Dr. Franz über Tuberkulininjektionen in der Gesellschaft der Ärzte in Wien (Med. Blätter Nr. 8). — Dr. Adler über die therapeutische und diagnostische Verwendung des Tuberculinum vetus Kochii im Verein deutscher Ärzte in Prag. (Münch. med. Wochenschr. Nr. 46). — Über Erfolge mit Tuberkulinbehandlung nach Goetschschem Verfahren von Dr. Roemisch (Münch. med. Wochenschr. Nr. 47). — Kombinierte Behandlung der Lungentuberkulose mit Kalk und Tuberkulin von Dr. Rudolph (Münch. med. Wochenschr. Nr. 48). — Über Lungenschwindsucht und deren Behandlung, mit besonderer Berücksichtigung des Tuberkulocidin Klebs von Dr. Jessen (Zentralbl. f. inn. Med. Nr. 23. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 25). — Die Liegekur der Tuberkulösen von Prof. Bernheim (Zeitschr. f. Tuberk. 2. Bd. — Ung. med. Presse Nr. 19). — Tuberkulose, Blutfüllung und Blut von Dr. Bloete (Zeitschr. f. Tuberk. — Ther. Monatsh. 11. H.) — Zur Freiluftkur in der Phthisiatrie von Dr. Volland (Ther. Monatsh. 12. H.). — Die Bedeutung von Ruhe und Bewegung bei der Behandlung Schwindsüchtiger von Dr. Naegelsbach (Zeitschr. f. Krankenpfl. Nr. 2. — Zentralbl. f. d. ges Ther. 6. H.). — Zur Diagnose der angeborenen Schwindsuchtsanlage von Prof. Sticker (Med. Woche Nr. 34). — Über einige neuere Bestrebungen in der Phthiseotherapie von Dr. Freudenthal (Zeitschr. f. Tuberk. — Ung. med. Presse Nr. 19). — Über Errichtung ländlicher Kolonien für Heilstättenentlassene von Prof. Wernicke (Ärztl. Praxis Nr. 10). — Lungentuberkulose und Hydrotherapie von Prof. Winternitz (Wien. med. Presse Nr. 3). — Die Hydrotherapie der Lungentuberkulose von Dr. Munter (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 10. — Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 6. Bd. 6. H.). — Zur Behandlung der Lungen- und Kehlkopftuberkulose mit Hetol von Prof. Krause (Berl. klin. Wochenschr. — Medico Nr. 46). — Erfahrungen über Hetolbehandlung in der allgemeinen ärztlichen Praxis von Dr. Katzenstein (Münch. med. Wochenschr. Nr. 33). — Hetolsanguinal, ein Beitrag zur Hetolbehandlung der Tuberkulose in der Landpraxis von Dr. Krone (Med. Woche Nr. 28. — Medico Nr. 40). — Über die Behandlung der chronischen Lungen- und Kehlkopftuberkulose mit Hetolinjektionen von Dr. Gidionsen (Deutsch. Arch. f. klin. Med. 69. Bd. — Ther. Monatsh. 5. H.). — Die Ernährung der Schwindsüchtigen von Dr. Goodbody, Dr. Bardswell und Dr. Chapmann (Lond. med. chir. Transact. — Schm. Jahrb. 275. Bd. 8. H.). — Die Behandlung der Tuberkulose im Postgraduate Hospital zu New-York (Postgrad. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 7). — Ein Beitrag zur medikamentösen Behandlung der Tuberkulose von Prof. de Renzi (Berl. klin. Wochenschr. — Medico Nr. 21). — Über die Krankenhausbehandlung der Lungentuberkulose von Dr. Winternitz (Deutsche Ärzte-Ztg. 1. H. — Prag. med. Wochenschr. Nr. 14). Zur Behandlung der Lungentuberkulose von Dr Frieser (Med.-chir. Zentralbl. Nr. 9). — Epidermatische Anwendung des Guajakols in kleinen Dosen bei Lungentuberkulose von Dr. Lawrow (Iswest. Imp. Woj. med. Akad. — Münch. med.

Digitized by Google

Wochenschr. Nr. 18). — Prophylaktische und therapeutische Indikationen bei Lungenphthise von DDr. Robin und Binet (Bullet. méd. — Med. Blätter Nr. 11). — Das Lecithin bei Tuberkulose von DDr. Claude und Zaky (Presse méd. Nr. 78. — Ther. Monatsh. 5. H.). — Die Behandlung der Tuberkulose mit reinem Harnstoff von Dr. Harper (Lancet. — Deutsche Praxis Nr. 10). — Die tuberkulöse Hämoptoe und ihre Behandlung von Dr. v. Weismayr (Wien. klin. Rundsch. Nr. 16. — Schm. Jahrb. 275. Bd. 8. H.). — Ein Mittel zur Behandlung der Nachtschweisse der Phthisiker von Dr. Dohrn (Deutsche med. Wochenschr. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 3. H.). — Über die Heilbarkeit der Rachentuberkulose von Dr. Veir (Arch. f. Laryng. 12. Bd. 3. H. — Schm. Jahrb. 275. Bd. 8. H.). — Parachlorphenol und Menthorol in der Therapie der oberen Luftwege von Dr. Logucki (Ther. Monatsh. 1. H.). — Über die Behandlung der Kehlkopftuberkulose mit Rücksicht auf die neueren Heilmittel von Dr. Tóvölgyi (Ther. d. Gegenw. 3. H.). — Über Dauerresultate der operativen Behandlung der tuberkulösen Peritonitis von Dr. Thoenes (Mitt. a. d. Hamb. Staatskrankenanst. — Schm. Jahrb. 275. Bd. 7. H.). — Die tuberkulöse Peritonitis und der operative Eingriff von Dr. Köppen (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 37). — Prof. Comby über die interne Behandlung der tuberkulösen Peritonitis auf der deutschen Naturforscherversammlung zu Karlsbad (Münch. med. Wochenschr. Nr. 40). — Die Behandlung der Gelenktuberkulose von Dr. Port jun. (Festschr. z. Feier d. 50jähr. Best. d. ärztl. Ver. Nürnberg. — Schm. Jahrb. 275. Bd. 9. H.). Erfolge der Resektion und der Immobilisation bei Tumor albus des Kniegelenks von Prof. Lucas-Championniére (Med. Blätter Nr. 32). — Methodik und Erfolge der Fussgelenkresektion von Prof. König (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 33). — Beiträge zur Frage der Tuberkulose der Lymphdrüsen von Dr. Finkelstein (Arch. f. klin. Chir. 65. Bd. 2. H. — Schm. Jahrb. 275. Bd. 7. H.). — Behandlung der Tuberkulose der männlichen Geschlechtsteile von Prof. v. Büngner (Beitr. z. klin. Chir. 35. Bd. 1. H. — Med. Woche Nr. 50). — Behandlung der tuberkulösen Epididymitis von Dr. Bohdanowicz (Annal. d. mal. des org. gen. ur. 6. H. — Ther. d. Gegenw. 8. H.). — Die Jodmilch des Prof. Sclavo bei chirurgischen tuberkulösen Affektionen von Dr. Gandolfi (Policlin. Nr. 14. — Med. Blätter Nr. 8). — Dr. Sellheim über Diagnose und Behandlung der Genitaltuberkulose auf der Naturforscherversammlung zu Karlsbad (Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 82). — Behandlung der Tuberkulose der Cornea und Iris mittelst Lufteinspritzungen in die vordere Augenkammer von Prof. Koster (Deutsche Praxis Nr. 11).

Typhus. Bezüglich der Widalschen Reaktion ist Dr. Krämer an der Abteilung des Prof. Wesener (Aachen) zu folgenden Resultaten gekommen: Die von Bahnke angegebene Methode, nach der statt des Serums einfaches Blut in einer Verdünnung von 1 : 20 benutzt wird, hat sich als vollkommen gleichwertig erwiesen mit den früher benutzten und angegebenen Serummethoden. Die Technik ist die denkbar einfachste, ihre kleinen Nachteile sind ohne Belang. Als wesentliche Vereinfachung der Methode empfiehlt Verfasser die Blutentnahme und Verdünnung mittelst des von ihm angegebenen Melangeurs. Die von der Glycerin-Agar-Stichkultur angefertigte Bouillonkultur eignet sich am besten in einem Alter von 6—16 Stunden zur Ausführung der Reaktion. Diese Zahlen bezeichnen die temporären Grenzwerte. Bei allen Patienten, die keinen ausgeprägten Ileotyphus hatten und auch sonst nicht akut erkrankt waren, ergab die Reaktion ein negatives Resultat. Bei echten klinischen Typhen fehlte sie dauernd in vier Fällen (9,3 %), in einem Falle noch am 24. Tage nach der Lysis, bei einem war sie am 18., bei einem anderen noch am 21. fieberfreien Tage höchst zweifelhaft. Sie fehlte bis zum 8. dies afebrilis und trat gegen Ende der 2. afebrilen Woche auf in mehreren Fällen. Sie fand sich vom 3. Tage der Continua bis spät in die afebrile Zeit hinein. Gegen Ende der 3. Rekonvalescenzwoche wurden die Patienten meist entlassen und der Anstellung der Probe ein Ziel gesetzt.

Dr. Polacco und Dr. Gemelli (Mailand) fanden in den Roseolen von 50 Typhuskranken regelmässig die Typhusbacillen. Bei der Spärlichkeit derselben in der einzelnen Roseola ist es notwendig, von mindestens zwei Efflorescenzen abzuimpfen in Bouillonröhrchen, in welchen die Vermehrung in 12—14 Stunden reichlich erfolgt. Die Methode ist für die frühzeitige Diagnose oft besser verwertbar, als die Untersuchung der Stühle, bezw. die Widalsche Reaktion im Serum.

Als Ergebnis seiner experimentellen Untersuchungen stellte Dr. Schütze (Berlin) fest, dass 1. es gelingt, nach mehrfach wiederholten Injektionen einer auf chemischem Wege aus Typhusmassenkulturen steril gewonnenen Flüssigkeit, welche an sich keine typhusagglutinierende Eigenschaft besitzt, in dem Serum von Meerschweinchen und Kaninchen Substanzen zu erzeugen, welche in spezifischer Weise Typhusbacillen im Reagensglase stark zu agglutinieren ver-

Digitized by Google

mögen; 2. das die Typhusagglutinine enthaltende Serum besitzt keine typhusimmunisierenden Eigenschaften, es besteht mithin zwischen den Typhusagglutininen und Immunkörpern kein Zusammenhang.

In Prof. Paltaufs Institut in Wien stellte Dr. Markl experimentelle Untersuchungen über das Antityphusextrakt von Jež an, wobei er zu folgenden Schlüssen gelangte. 1. Die aus den Organen der mit Typhusbacillen behandelten Kaninchen nach der von Jež angegebenen Methode dargestellten Extrakte, sowie das Original-Antityphusextrakt Ježs enthalten Schutzstoffe gegen die Typhusbacillen, aber in geringerer Menge, als die entsprechenden Immunsera. 2. Die Schutzstoffe sind spezifische Körper, welche in Organen von normalen Kaninchen nicht nachweisbar sind. 3. Die Wirkung ist eine antiinfektöse, nicht antitoxische.

Einige Bemerkungen über die Wirkung der Typhusvaccination in Südafrika liefert Dr. Coombie. Von 250 Offizieren, die nach dem Kriege wegen nicht chirurgischer Erkrankungen zur Superarbitrierung kamen, waren 112 gegen Typhus inokuliert, 29 hatten bereits vor dem Krieg Typhus überstanden, 109 waren weder gegen Typhus geimpft, noch hatten sie jemals eine Typhusattacke durchgemacht. 28,5% der Geimpften und 10,3% der bereits einmal an Typhus erkrankten acquirierten Typhus, 22% der Nichtgeimpften und nie Erkrankten gleichfalls. Doch ist zu bemerken, dass die Fälle der Geimpften und zum zweitenmal Erkrankten wesentlich milder verliefen als die anderen. Im allgemeinen hat auch die Beobachtung gelehrt, dass die Typhus-Immunität rasch abnimmt.

Dr. du Mesnil hat im Altonaer Krankenhause eine Reihe von Typhusfällen mit einem von Prof. Tavel hergestellten Serum behandelt. Bei ausreichender Dosis, 10 bis 40 ccm, wurde konstant ein staffelförmiger Temperaturabfall beobachtet, auch schon in den ersten Wochen des Typhus, so dass es möglich war, die Continua in das Stadium der steilen Kurven und der Rekonvalescenz durch die Injektionen überzuführen; entsprechend dem Temperaturabfall besserte sich das Allgemeinbefinden und es trat Hungergefühl auf. In einzelnen Fällen trat bei Aussetzen der Injektionen erneutes Ansteigen der Temperatur mit allen Anzeichen des Rezidivs auf, das durch erneute Injektionen wieder in der geschilderter Weise bekämpft werden konnte.

Dr. Petruschky (Danzig) verwendet seit zwei Jahren kleinste Dosen abgetöteter Typhusbacillen in Aufschwemmungen zu den Injektionen. Seine Versuche stellte er in Gemeinschaft mit Dr. Freymuth an. Am günstigsten sind die Aussichten für erfolgreiche Anwendung des Serums bei möglichst frischen und unkomplizierten Fällen von echtem Abdominaltyphus, die womöglich die Mitte der zweiten Erkrankungswoche noch nicht überschritten haben.

Dr. Ladyschenski (Rostow) hat die Frage der forcierten Ernährung abdominaltyphöser Kranker untersucht und kommt dabei zu folgenden Schlüssen: 1. Die gemischte reichliche Ernährung ist auf die Temperaturkurve ohne Einfluss. 2. Auch auf die Krankheitsdauer wirkt sie nicht ein. 3. Sie führte andererseits zu keiner Komplikation, weder von seiten des Magendarmkanales, noch auch von seiten der übrigen Organe. 4. Sie bewirkte Neigung zu Verstopfungen und wirkte günstig auf den Charakter der Entleerungen, wie auf den Zustand der Mundhöhle. 5. Das subjektive Befinden der Kranken war bei gemischter und genügender Nahrung ein merklich besseres; die Patienten machten nicht den Eindruck Schwerkranker, sie waren im stande, sich im Bette aufzurichten, selbst aufzustehen und sich längere Zeit zu unterhalten. 6. Das Rekonvalescentenstadium war bedeutend kürzer, die Kranken hatten nach Ablauf der Krankheit nicht das matte und abgezehrte Aussehen, wie es gewöhnlich die nach dem Hungersystem behandelten Typhösen darbieten.

Prof. Bäumler (Freiburg i. Br.) erörtert unter Hinweis auf seine an einem grossen Beobachtungsmaterial gesammelten Erfahrungen die Vorzüge der Kaltwasserbehandlung Typhuskranker. Die Wasserbehandlung hat im wesentlichen eine prophylaktische Bedeutung:

Digitized by Google

sie verhütet bis zu einem gewissen Grade die Herzschwäche, die Lungenkomplikationen und die Lähmung des Zentralnervensystems. Von Wichtigkeit ist, nicht zu warten, bis Lungenkomplikationen oder schwerere Erscheinungen von seiten des Nervensystems aufgetreten sind, sondern von Anfang an durch systematische Badebehandlung denselben vorzubeugen.

Die Behandlung des Typhus im Obuchowhospital besteht nach Dr. Kernig (St. Petersburg) abgesehen von der Einhaltung einer strengen Diät, in Verabfolgung von Bädern (zweimal täglich, 26° R.) und von 1,0 Chinini muriatici (jeden zweiten Tag, in den Abendstunden um 6—8 Uhr, wenn die Temperatur 39° übersteigt); daneben Kompressen auf den Leib, nach Bedarf Kampher, Moschus (drei- bis viermal täglich à 0,2 in Pulvern, namentlich in Fällen, wo das Bild der sogenannten Febris nervosa versatilis vorherrschend ist) etc. Von der günstigen Wirkung der Chinindarreichung hat sich Kernig fast in jedem Falle überzeugen können; vor allem aber ist hier nicht nur eine günstige und anhaltende Beeinflussung des Fiebers, sondern auch namentlich des Pulses, der Herztätigkeit zu betonen.

Dr. v. Schuler (Gelsenkirchen) verwendete in 450 Fällen von Typhus abdominalis das Laktophenin und sah nach Darreichung von 1 g ein Sinken des Fiebers um zwei bis sogar vier Grad, wobei der Wiederanstieg in einigen Fällen unter Schüttelfrost erfolgte. Der Puls zeigte in keinem Falle eine Verschlechterung. Günstig beeinflusst wurde namentlich der Zustand des Zentralnervensystems, indem die aufgeregten Kranken ausnahmslos beruhigt wurden und das Sensorium freier wurde. Auf periphere nervöse Schmerzen schien keine Wirkung durch das Laktophenin einzutreten. Dagegen wurde der Magendarmkanal günstig beeinflusst, indem die Symptome der Darmfäulnis eingeschränkt wurden und eine frühzeitige Hebung des Appetitgefühles sich bemerkbar machte. Letztere Wirkung wird auf die Abspaltung von Milchsäure aus dem Laktophenin zurückgeführt. Auch eine abführende Wirkung des Laktophenins war zu bemerken. Üble Nebenwirkungen kamen nicht zur Beobachtung. Die Tagesdosis betrug 3 g. Ein spezifischer Einfluss des Laktophenins auf den Verlauf der Erkrankung war nicht zu konstatieren. Die Mortalität betrug ca. 10%.

Dr. Norway glaubt, dass Typhuskranke meist dadurch zu grunde gehen, dass die ihnen gereichte Nahrung nicht verdaut, nicht ausgenutzt wird. Er meint, dass dem Typhusbacillus die Kraft innewohne, die Verdauungstätigkeit des Magendarmkanals herabzusetzen. Er gibt deshalb seinen Kranken Pepsin und Salzsäure und glaubt damit in 40 Fällen vortreffliche Wirkung erzielt zu haben.

Dr. Woroschilsky (Odessa) gibt seinen Typhuskranken Sulfur depuratum 1,25 zweistündlich, bis 10,0 g täglich, Kindern 0,3—0,5 zweistündlich, täglich bis 4,0 g. Nach Autors Meinung ist der Schwefel sehr gut im stande, als ein vorzügliches einhüllendes Mittel eine schützende Decke auf der erkrankten Darmschleimhaut zu bilden.

Über die Wirkung des Urotropins bei Typhusbakteriurie hat Dr. Fuchs (Prag) an 41 Patienten Untersuchungen angestellt. In 14 Fällen fanden sich Bakterien im Harn, aber nur bei vier Fällen d. i. bei ca. 10%, waren die ausgeschiedenen Bakterien Typhusbacillen, in den übrigen handelte es sich um Kolibacillen, Kokken und andere Bakterienarten. In den vier Fällen von Typhusbacillurie sank nach Urotropin schon am folgenden Tage die Menge der ausgeschiedenen Typhusbacillen beträchtlich, stieg aber nach Aussetzen des Mittels wieder an. Es wirkt also nur entwickelungshemmend und wäre somit bei Typhusrekonvalescenten längere Zeit zu reichen, bis die Bakteriurie schwindet. In den Fällen andersartiger Bakteriurie erwies sich das Urotropin fast als wirkungslos.

Nach Dr. Houston geschieht die Ansteckung bei Typhus in den meisten Fällen durch Wasser, welches Typhusbacillen enthält. Daneben kann auch Milch zum Träger der Ansteckung werden, seltener andere Lebensmittel; namentlich werden noch Schellfische und Austern genannt; in letzteren sollen sich die Bacillen achtzehn Tage lebend erhalten können. Welche Bedeutung der Erdboden für die Ätiologie des Typhus hat, scheint

Digitized by Google

noch nicht endgültig entschieden zu sein. Nach Houstons eigenen Experimenten gehen die Kolibacillen ebenso wie die Choleravibrionen in den oberflächlichen Bodenschichten schnell zu grunde. Dasselbe glaubt er deswegen auch von den Typhusbacillen annehmen zu müssen. In tieferen Schichten und bei mehr Feuchtigkeit dürften sie sich jedoch vielleicht länger halten, worauf die Verschiedenheit der Ergebnisse anderer Forscher beruhen kann. Was das fliessende Wasser betrifft, das stets für bedenklich gegolten hat, so hat Houston gefunden, dass die darin enthaltenen Bodenbakterien unter gewissen Umständen, bei Fluten und Stürmen, die Filteranlagen passieren und so in das Trinkwasser gelangen können. Dagegen ist die Ansicht von der Gefährlichkeit der gasförmigen Ausdünstungen der Abfallgruben oder des Bodens jetzt wohl allgemein — auch in England — verlassen. Das Abflusswasser sowie überhaupt unsterilisiertes Wasser gilt im allgemeinen nicht für einen günstigen Boden für die Typhusbacillen. Dennoch gehen sie darin nicht immer gänzlich zu grunde, sondern schränken nur ihr Wachstum ein, bleiben aber in geringer Menge am Leben. Auch scheinen sie sich trotz ihrer Empfindlichkeit unter gewissen Verhältnissen im menschlichen Körper sowohl wie eingetrocknet an Gegenständen oder im Staube monatelang lebend erhalten zu können.

Die Hauptsache bei der Verhinderung der Typhusverbreitung ist nach Dr. Igl (Brünn) in dem Gebahren mit und bei dem Typhuskranken selbst gelegen. In dieser Richtung wäre notwendig, dass nicht nur jeder Typhusfall, sondern stets auch jeder Typhusverdächtige zur Anzeige gebracht werde. Eine sicher vorzunehmende Isolierung in Privathäusern wäre gesetzlich vorzuschreiben. Die Desinfektion der Abgänge solcher Kranker, die Art der Desinfektion seitens der Pflegepersonen, der Krankenwäsche, der Ess- und Trinkgeschirre u. s. w. wären nach festgesetzten Normen schon bei Typhusverdacht und während der ganzen Krankheitsdauer von dem behandelnden Ärzte genau vorzuschreiben und die richtige Ausführung von ihm zu überwachen.

Beobachtungen bei der Typhusepidemie im Inf. Rgt. Nr. 40 mit besonderer Berücksichtigung der diagnostischen Bedeutung der Widalschen Reaktion von Dr. Krämer (Deutsch. Arch. f. klin. Med. — Ther. Monatsh. 5. H.). — Neuere Untersuchungen über frühzeitige Typhusdiagnose von DDr. Pollacco und Gemelli (Zentralbl. f. inn. Med. Nr. 5. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 7). — Über die spezifische Wirkung einer aus Typhusbakterien gewonnenen Substanz im tierischen Oranismus von Dr. Schütze (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 27). — Experimentelle Untersuchungen über das Antityphusextrakt Ježs von Dr. Markl (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 3). — Einige Bemerkungen über die Wirkung der Typhus-Vaccination in Südafrika von Dr. Coombie (Med. Blätter Nr. 22). — Dr. du Mesnil über die Heilserumbehandlung des Typhus abdominalis im Altonaer Ärzteverein (Münch. med. Wochenschr. Nr. 29). — Die spezifische Behandlung des Abdominaltyphus von Dr. Petruschky (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 12). — Beitrag zur Frage der forcierten Ernährung abdominaltyphöser Kranken von Dr. Ladyschenski (Wien. med. Presse. — Medico Nr. 25). — Praktische Erfahrungen über Kaltwasserbehandlung bei Ileotyphus von Prof. Bäumler (Deutsch. Arch. f. klin. Med. 66. Bd. — Ung. med. Presse Nr. 9). — Über den Nutzen des Chinins bei der Behandlung des Abdominaltyphus und Bemerkungen über Chinin bei einigen anderen Krankheiten von Prof. Kernig (Russk. Arch. Pat. 13. Bd. — Rev. d. russ. med. Zeitschr. Nr. 7). — Erfahrungen über die medikamentöse Behandlung des Typhus abdominalis mit Laktophenin in 450 Fällen von Dr. v. Schuler (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 41). — Die Behandlung des Typhus abdominalis von Dr. Norway (Brit. med. Journ. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 39). — Anwendung von gereinigten Schwefelblumen bei der Behandlung des Typhus abdominalis von Dr. Woroschilsky (Ther. Monatsh. 11. H.). — Über die Wirkung des Urotropins bei Thyphusbakteriurie von Dr. Fuchs (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 7. — Ther. d. Gegenw. 7. H.). — Über Pathologie, Verbreitungsweise und Prophylaxe des Unterleibstyphus von Dr. Houston (Brit. med. Journ. — Ther. Monatsh. 1. H.). — Ein Beitrag zur Epidemieforschung bei Darmtyphus von Dr. Igl (Monatschr. f. Gesundheitspfl. Nr. 2).

Digitized by Google

U.

Ulcus cruris. Dr. Zeuner (Berlin) hat in über 100 Fällen von Ulcus cruris die 1%ige Solutio Calcariae hypochloricae mit bestem Erfolge angewendet. Von dieser Lösung wird eine Wenigkeit in eine kleine Schale oder Untertasse gegossen und damit ein Stück mehrfach zusammengelegter Verbandgaze, welches etwas grösser als die wunde Stelle sein muss, gut befeuchtet. Dieses durchtränkte Gazeläppchen wird unmittelbar auf das Ulcus gelegt, darüber kommt ein Stück Gummipapier, welches überall die nasse Gaze vollkommen verdecken soll, und nun wird der Unterschenkel von den Zehen an bis zum Knie durch eine Trikotbinde von 10 cm Breite ziemlich fest eingewickelt. Dieser ganze Verband muss gewöhnlich nur zweimal des Tages, morgens und abends, frisch gemacht werden.

Dr. Wenzel (Buenos-Aires) hat durch die Trendelenburgsche Unterbindung der Vena saphena magna nicht regelmässig dauernde Heilung erzielen können und kam nun auf die Methode, einen Zirkulärschnitt um den Oberschenkel anzulegen, um die Venen möglichst alle zu unterbinden. Auf diese Weise hat er 22—26 Fälle behandelt, bei denen kein Rezidiv, weder der Varicen, noch der Ulcera eintrat. Die Operation ist nicht schwierig und erlaubt dem Patienten, schon nach 12—14 Tagen das Bett zu verlassen. Wichtig ist natürlich das absolut aseptische Operieren. Gerade bei grossen Ulcera mit bedeutender Veränderung, z. B. Elephantiasis der Haut, ist der Zirkulärschnitt mit grösstem Vorteil anzuwenden. Die Bedeutung des Zirkulärschnittes besteht vor allem darin, dass die anormale Bewegung des Blut- und Lymphstromes in der Haut unterbrochen und derselbe gezwungen wird, durch die tieferen Gefässe seinen Weg zu nehmen.

Zur Behandlung der Unterschenkelgeschwüre von Dr. Zeuner (Deutsche med. Wochenschr. - Medico Nr. 22). — Der Zirkulärschnitt am Oberschenkel bei der operativen Behandlung der Varicen und des Ulcus cruris von Dr. Wenzel (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 6. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 7).

Ulmarin. Ulmarin ist, wie Dr. Bardet und Dr. Chevalier mitteilen, ein Salicylpräparat, das das unangenehm riechende Methylsalicylat zu ersetzen vermag. Es ist eine Mischung von Salicyläthern mit Alkohol von höherem Molekulargewichte, enthält 75% Salicylsäure und präsentiert sich als eine gelb-rötliche Flüssigkeit, die durch ihren schwach aromatischen Geruch an Salol erinnert. Appliziert man es einem Menschen in Form von Umschlägen auf die Haut in fünfgrammigen Dosen, dann erscheint, so wie bei Methylsalicylat, spätestens in drei Stunden die Salicylsäure im Harne. Bisher wurde Ulmarin nur in wenigen Fällen von akutem Gelenksrheumatismus, Lumbago, rheumatischer Arthritis oder blenorrhoischem Rheumatismus versucht. Das Medikament wird von der Haut gut vertragen und belästigt die Kranken nicht durch üblen Geruch. In Mengen von 4 bis 16 g verordnet gibt es dieselben Erfolge wie das Methylsalicylat, wirkt analgetisch schon in den ersten Stunden, hat keinen Einfluss auf die Temperatur und ruft keine üblen Zufälle hervor. Man kann auch Ulmarin innerlich, und zwar 5 g auf einmal ohne Beschwerden einnehmen.

Dr. Bardet und Dr. Chevalier über ein neues Salicylpräparat: Ulmarin in der Société de thérapeutique zu Paris (Med. Blätter Nr. 36).

Uropurin. Dr. Werler (Berlin) liess vom Apotheker C. Stephan in Dresden komprimierte Tabletten vom Trockenextrakt der Folia uvae ursi herstellen. Die unter dem Namen Uropurin in die Therapie eingeführten Tabletten, von denen jede 0,25 g des Trockenextraktes enthält, werden leicht vom Magen resorbiert; man

Digitized by Google

verordnet dreimal täglich 1—2 Tabletten. Die Vorzüge dieser Tabletten sind: Bequemlichkeit und Annehmlichkeit im Gebrauch, völlige Beseitigung des bitteren Geschmackes, genaue und gleichmässige Dosierung, Reichtum des Arzneiinhaltes bei kleinstem Volumen und leichte Transportierbarkeit. Neben diesen einfachen Uropurin-Tabletten werden auch solche mit internen Antisepticis (Salol, Urotropin, Aspirin) kombinierte hergestellt. Zahlreiche klinisch-therapeutische Untersuchungen haben die bezüglich des kurativen Wertes dieser Tabletten gehegten Erwartungen nach jeder Richtung hin bestätigt. Was die speziellen Indikationen für die Tabletten anbetrifft, so sind es dieselben, wie für die Folia uvae ursi im weitesten Sinne, ja noch mit dem Zusatze, dass die Tabletten auch als Antigonorrhoica interna vielfach vortreffliche Dienste leisten, und gerade in denjenigen Fällen, in welchen die Balsamica, die Cubeben und das Sandelholzöl nicht vertragen werden, eine aktuelle Bedeutung besitzen.

Über neuere Präparate der Folia Uvae urti von Dr. Werler (Ärztl. Rundsch. — Medico Nr. 20).

Uterusdeviationen. Über die Wahl der Behandlungsmethoden bei Retroflexio uteri sprach Dr. Winternitz (Stuttgart-Tübingen). Er unterscheidet für die Wahl der Behandlung mehrere Gruppen. Zur ersten Gruppe zählt er diejenigen Fälle, in denen es sich um ledige oder verheiratete Nulliparen handelt und bei denen man eine Retroflexio uteri mobilis ohne weitere Komplikationen findet. Es tritt in der weitaus grössten Zahl aller dieser Fälle die Neurasthenie resp. Hysterie bei der Wahl der Behandlungsart in den Vordergrund. Das beste für solche Kranke wäre, wenn sie überhaupt nicht untersucht und damit auch nicht auf eine Lageanomalie, die ohne Bedeutung ist, aufmerksam gemacht worden wären. Bei der zweiten Gruppe, die Winternitz aufstellt, handelt es sich um Kranke, welche geboren haben. Bei diesen findet man den Uterus retroflektiert und den Beckenboden gut erhalten, auch sonst sind keine nennenswerten Komplikationen nachweisbar. Prüft man hier die subjektiven Beschwerden im Verhältnis zum lokalen Befund, so kann man sich, trotzdem die Retroflexio unkompliziert ist, des Eindruckes nicht erwehren, dass die Klagen über Kreuz- und Rückenschmerzen auf diese Lageanomalie zurückzuführen sind, besonders in den Fällen, in welchen es sich um eine Vergrösserung des Uterus handelt, denn die Beschwerden verschwinden, nachdem der Uterus in Anteflexionsstellung gebracht worden ist. Da die Beschwerden auf die Retroflexio zurückgeführt werden müssen, so ist auch diese Lageanomalie zu korrigieren. Für diese verhältnismässig seltneren Fälle kommen ausser der Pessar-Behandlung die verschiedenen Retroflexionsoperationen in Betracht. Die meisten Fälle von Retroflexio sind solche, bei denen es sich um Frauen handelt, welche mehrfach geboren haben und bei welchen infolge eines Dammrisses oder infolge Erschlaffung des Beckenbodens ein Descensus, resp. eine Inversion der Scheidewände entstanden ist. Von den Kranken dieser, als der dritten Gruppe, hört man die bekannten Beschwerden und Klagen über Druck und Drang nach abwärts, sie haben keinen Halt mehr im Unterleib, das Gefühl, als ob alles unten herausfallen wollte, auch wenn es sich nur um einen leichten Descensus der Scheide handelt. Fragen wir uns, inwieweit in diesen Fällen die Beschwerden auf die gleichzeitig vorhandene Rückwärtslagerung des Uterus zurückzuführen sind, so lehrt der Erfolg der Behandlung, dass in den meisten dieser Fälle die Retroflexio als solche in den Hintergrund tritt und dass bei der Wahl der Behandlung nur der Descensus vaginae in Frage kommt. Bei der Behandlung tritt also der Descensus, resp. die Inversion der Scheide in den Vordergrund, wobei natürlich auch ein operativer Eingriff in Frage kommen kann. Endlich sind jene Fälle von Retroflexio uteri zu unterscheiden, in denen Komplikationen der verschiedensten Art, wie Endometritis, Pelveoperitonitis, Adnex-Erkrankungen, Fixation des Uterus u. a. m. vorhanden sind. Bei der Verwertung der verschiedenen Klagen und Beschwerden für die Art der Behandlung tritt die Lageveränderung als solche in den Hintergrund, da die subjektiven Symptome wohl haupt-

Digitized by Google

sächlich auf die begleitenden Affektionen zurückzuführen sind. Meistens dürfte es sich um eine operative Therapie handeln.

Prof. Fehling (Strassburg) steht auf dem Standpunkte, dass man bei Retroflexio uteri in 18—20% der Fälle mit konservativer Behandlung Dauererfolge erzielen kann. Von Pessaren zieht er nur das von Hodge angegebene in Verwendung, sowie den Achterring von Schultze, und zwar in solchen Fällen, wo nach schwieriger Aufrichtung die Neigung des Uterus besteht, wieder nach hinten umzusinken. Was die hier in Betracht zu ziehenden operativen Eingriffe betrifft, hat Verfasser die abdominelle Verkürzung der Ligamenta rotunda, sowie die Vesikofixation zu wiederholten Malen mit gutem Erfolge ausgeführt und spricht daher beiden Methoden aufs wärmste das Wort. Zu erwähnen wäre weiters noch, dass Autor bei der Verkürzung der Ligamenta rotunda nach Alexander Adams den Casatischen halbmondförmigen Haut-Fascienschnitt vorzieht. Was nun den Endeffekt der operativen Eingriffe betrifft, so macht Fehling ganz besonders darauf aufmerksam, dass nur in einem Teile der operierten Fälle die subjektiven Beschwerden schwinden, während tatsächlich die Retrodeviation beseitigt ist und bleibt. Verfasser erklärt dies in sehr einleuchtender Weise damit, dass jene Fälle, welche operativ angegangen werden, bereits veraltete Fälle sind, da sich die Patientinnen zumeist äusserst schwer zur Operation entschliessen. Es ist nun eine bekannte Tatsache, dass sämtliche Unterleibsleiden der Frauen im stande sind, auf reflektorischem Wege nervöse Erscheinungen schwerster Natur auszulösen. Hat also die Retrodeviation noch nicht lange bestanden, so werden die durch sie bedingten reflektorischen nervösen Erscheinungen verschwinden, wenn es gelungen ist, auf irgend eine Weise, sei es auf konservativem Wege durch Aufrichtung des Uterus und Einlegen eines Pessares oder auf operativem Wege die Lageveränderung endgültig zu beseitigen. Wesentlich anders verhält es sich jedoch, wenn die Lageanomalie sehr lange bestanden hat, ehe sie dauernd korrigiert wurde. Da sind die Bahnen, auf welchen die Reflexe zum Zentralnervensystem und Sympathicus ausgelöst werden, so abgelaufen, dass selbst nach wiederhergestellten anatomischen Verhältnissen der nervöse Symptomenkomplex weder gänzlich verschwindet, noch merklich eingeengt erscheint. Ganz besonders kann man dies in Fällen beobachten, wo es sich um neuropathisch veranlagte Personen handelt.

Nach Dr. Koblanck (Berlin) bedarf nicht jede chronische Retroflexio einer Behandlung. Bestehen Beschwerden, so rühren sie nach Autors Erfahrung nicht immer von Komplikationen her. Die Behandlung muss die Ätiologie berücksichtigen. Die Pessarbehandlung hat in der Privatpraxis unzuverlässige, in der Poliklinik schlechte Resultate. Die Erfolge der Pessartherapie sind abhängig von der Wahl des Pessars und der genügend langen und sorgfältigen Behandlung, von den vorhandenen Komplikationen, von der Entstehungsart und der Bestehensdauer der Lageveränderung. Am besten wirkt noch das Thomas-Pessar. Eine zu kurze vordere Scheidewand bildet eine Kontraindikation, ebenso im allgemeinen Fixationen, die oft sehr schwer zu diagnostizieren sind. Am besten ist nächst Narkoseanwendung die kombinierte Aufrichtung mit Sonde und Finger. Fixationen, besonders parametritische, sind durch Belastung zu beseitigen. Insufficienz der Stützapparate, komplizierte Adnexerkrankungen erfordern chirurgische Eingriffe. Prognostisch am günstigsten sind die früh zur Behandlung kommenden, aber eben nicht häufigen Retroflexionen puerperalen Ursprungs. Hier ist manuelle, unter Umständen wiederholte Reposition angezeigt. Langes Liegen schadet. Die manuelle Reposition nach Lösung freier Adhäsionen ist beim abortierenden Uterus oft erfolgreich.

Prof. Nieberding stellt den Satz auf, die Anteflexio nur dann zu behandeln, wenn sie Beschwerden macht, und das tut sie nur, wenn Urethritis und Endometritis besteht, oder wenn eine Parametritis posterior, und das ist meistens der Fall, vorhergegangen ist. Resorbierende Behandlung, Massage und Dehnung der Ligamenta sacrouterina, führt fast stets zum Ziel.

Digitized by Google

Dr. Edebohls empfiehlt eine neue Prolapsoperation, die in der Exstirpation von Uterus und Vagina mit nachfolgender Obliteration des Genitaltraktes besteht und in einer Sitzung auszuführen ist. Diese Operation ist namentlich dann indiziert, wenn andere Behandlungsmethoden versagen oder — im klimakterischen Alter, bei Witwen u. s. w. — wenn die Erhaltung der sexuellen Funktionen ohne Bedeutung ist. Die Unzulänglichkeit der bisherigen Operationsmethoden in vielen Fällen macht unter Umständen diese Radikaloperation notwendig. Die Operation wird in folgender Weise vorgenommen: Uterus und Scheide werden so weit wie möglich hervorgezogen und die Scheide wird dann in der Vulva ringförmig umschnitten, lospräpariert unter Schonung der Blase, Ureteren und Rektum. Nach Unterbindung der blutenden Gefässe wird nun der Uterus in der gewöhnlichen Weise ausgelöst und mit der Vagina zusammen in einem Stücke entfernt. Ob die Tuben und Ovarien mit herausgenommen werden sollen, hängt von deren Beschaffenheit ab. Der durch die Exstirpation dieser Organe entstehende Raum wird sorgfältig durch kunstvoll angelegte Etagennähte obliteriert. Es wird auf diese Weise ein fester Beckenboden geschaffen, dessen Verhältnisse dem männlichen Becken ähneln. Rückfälle sind natürlich ausgeschlossen. Todesfälle können möglicherweise vorkommen, da es sich meist um ältere Frauen und schwere Grade von Prolaps handelt. Verfasser hat bisher vier Kranke in dieser Weise behandelt und mit der Behandlung gute Erfolge erzielt.

Dr. Winternitz über die Wahl der Behandlungsmethoden bei Retroflexio uteri auf der deutschen Naturforscherversammlung zu Karlsbad (Ther. d. Gegenw. 11. H.). — Der heutige Standpunkt in der Behandlung der Rückwärtslagerungen der Gebärmutter von Prof. Fehling (Deutsche Klinik. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 6. H.). — Beiträge zur Behandlung der Retroversio-Flexio uteri von Dr. Koblanck (Zeitschr. f. Geb. u. Gynäk. 47. Bd 1. H. — Schm. Jahrb. 276. Bd. 11. H.). — Über die Behandlung der Versioflexionen des Uterus von Prof. Nieberding (Würzb. Abh. 2. Bd. 3. H. — Ärztl. Praxis Nr. 22). — Über eine neue Prolapsoperation von Dr. Edebohls (Med. Rec. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 22).

V.

Valyl. Valyl ist das Diäthylamid der Baldriansäure, eine farblose klare Flüssigkeit von eigentümlichen Geruch und brennendem Geschmack. Es gelangt in Kapseln zu 0,125 g in den Handel. Prof. Klemperer (Berlin) erprobte das Mittel. Nach seinen Erfahrungen verdient das Valyl in allen hysterischen und nervösen Zuständen in der Dosis von drei Kapseln pro die versucht zu werden.

Valyl, ein empfehlenswertes Baldrianpräparat von Prof. Klemperer (Ther. d. Gegenw. 1. H.).

Vasogene. Dr. Bernstein (Warschau) hat Versuche mit Jod- und Kreosotvasogen angestellt, wobei er zu folgendem Resultate gelangte: 1. Das Jodvasogen als eine Auflösung reinen Jods hat gegenüber anderen Jodpräparaten entschieden Vorzüge. Der Organismus verbraucht beim Jodvasogen keine Energie zum Zweck der Abspaltung des Jods aus seinen Verbindungen mit anderen Elementen, wie es beim Gebrauche von Kalium jodatum oder Natrium jodatum erforderlich ist. Dadurch, dass das Jod in den Vasogenen sich im freien Zustande befindet, wird dessen schnelle und leichte Resorption im Organismus wesentlich befördert, ausserdem wird die keineswegs indifferente Zuführung anderer Elemente, wie des Kaliums und Natriums, vermieden. 2. Das Jodvasogen dringt schnell in die tieferen Schichten der Oberhaut. 3. Durch Urinuntersuchungen wurde festgestellt, dass das Jodvasogen schnell aus dem Organismus eliminiert wird. 4. Ein Überschuss von Jodvasogen lässt sich von der Hautoberfläche und den Schleimhäuten bequem entfernen. 5. Jodvasogen schädigt die Haut nicht und ruft bei

Digitized by Google

äusserlicher Anwendung keine Reizung hervor. 6. Jodvasogen erzeugt keinen Schnupfen. 7. Die Kranken vertragen das Jodvasogen gut. Die gleichen Sätze kann man mit einigen Beschränkungen auch auf das Kreosotvasogen übertragen, wiewohl die Erfolge mit demselben weniger in die Augen fallend sind.

Dr. Goldmann (Wien) rühmt die gute Wirkung des „Teervasogen" beim Eczema squamosum, indem durch das gute Eindringen des Präparates zum Teil der noch entzündliche Zustand der Chorionschicht der Haut behoben, zum Teil die Mortifikation der obersten Epidermisschicht beschleunigt wird; ferner kommt die baktericide Wirkung des Teers in Betracht. Goldmann hat bei chronischen, insbesondere hartnäckigen Trockenekzemen, ferner bei Pruritus ani und Psoriasis mit täglich ein- bis zweimaligen Teervasogeneinpinselungen (25%) sehr gute Resultate erzielt.

Jod- und Kreosotvasogene von Dr. Bernstein (Ärztl. Praxis Nr. 2). — Die therapeutische Verwendung des Teervasogen von Dr. Goldmann (Monatsh. f. prakt. Dermat. 3. H. — Schm. Jahrb. 274. Bd. 6. H.).

Venenthrombose. Um die Gefahr der Pyämie hintanzuhalten, hat Prof. Müller in zwei Fällen von eitriger Thrombosierung von Venen an der oberen Extremität die Resektion der thrombosierten Partie nach vorheriger zentraler und peripherer Unterbindung vorgenommen. Es handelte sich in beiden Fällen um infektiöse Thrombosen, die im Anschluss an verunreinigte Wunden an der Hand entstanden sind. Die thrombosierten Venen waren in eitrig geschmolzenes Gewebe eingebettet, welches ebenfalls mitentfernt wurde. In beiden Fällen trat noch am Tage der Operation Entfieberung ein, welche bis zu der in einigen Tagen vollendeten Heilung der Wunde anhielt.

Zur operativen Behandlung von infektiösen und benignen Venenthrombosen von Prof. Müller Langenb. Arch. 66. Bd. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 6. H.).

Verbände. Über den Extensionsverband nach Heusner berichtet Dr. Wülfling. Heusner verwendet statt Heftpflaster Streifen von Stoff, welche durch eine klebende Mischung, welche auf die Extremität durch einen Sprayapparat gespritzt wird, an dem betreffenden Glied festhaften. Die Zusammensetzung der Sprayflüssigkeit ist folgende:

Rp.:	Ol. Ricini	3,0
	Resin Damarrh., Colophon.	āā. 10,0
	Terebinth.	1,0
	Äther spirit. Ol. terebinthinae	āā 55,0
	Filtra.	

Die Extensionsstreifen können aus starken Flanellbinden geschnitten werden; Heusner benutzt dazu jetzt ausschliesslich Buckskin oder Moleskin. Der Klebestoff wird nicht etwa auf das Glied oder gar auf die Extensionsstreifen eingepinselt, sondern das zu extendierende Glied wird vermittelst eines Sprayapparates von allen Seiten leicht eingestäubt, aus einer Entfernung von 1/2 bis 3/4 m. Nachdem die Knöchel durch schmale Wattekränzchen geschützt sind, wird der Extensionsstreifen angelegt. Ein solcher richtig angelegter Verband kann wochen- und monatelang liegen bleiben, ohne dass er lästig wird. Man kann die Gewichte unmittelbar durch Anlegung des Verbandes anhängen; auch das Abnehmen geschieht ohne jede Schwierigkeit; die Extensionsstreifen lassen sich einfach abziehen, der Klebestoff wird mit etwas Olivenöl oder Spiritus von der Haut entfernt.

Der Extensionsverband nach Heusner von Dr. Wülfling (Münch. med. Wochenschr. Nr. 38. — Med. Blätter Nr. 43).

Verbrennungen. Die Ursache des Todes nach ausgedehnter Hautverbrennung liegt nach Dr. Wilms einesteils in der Schädigung des Stoffwechsels durch Zerfallsprodukte des Eiweisses und andererseits in der Verarmung des Gefässsystems durch die enorme Ausscheidung von Blutplasma aus den verbrannten Stellen. Bei Verbrennung zweiten Grades kommt in erster Linie der Wasser- oder Plasmaverlust des Blutes in Betracht, bei Verbrennung dritten Grades die Intoxikation durch Zerfallsprodukte im Stoff-

Digitized by Google

wechsel. Therapeutisch empfiehlt Wilms nach sorgfältiger antiseptischer Reinigung der Brandwunden diese zuerst mit einer einfachen Lage Gaze zu bedecken, darüber kommt ein gewöhnlicher trockener, steriler Verband. Bei weiterem Verbandwechsel bleibt die unterste Gazeschicht ruhig liegen und wird erst nach fünf bis sieben Tagen im Bade entfernt. Verbrennungen zweiten Grades können so unter nur einmaligem Wechsel der untersten Lage nach acht bis zehn Tagen schon geheilt sein. Die Verbrannten sind warm zu halten und müssen so viel als möglich Wasser, leichtes Bier, Tee, Kaffee u. s. w. zu sich nehmen.

Studien zur Pathologie der Verbrennungen von Dr. Wilms (Mitt. a. d. Grenzgeb. — Schm. Jahrb. 275. Bd. 7. H.).

Verletzungen. Dr. Hildebrandt teilt seine persönlichen Erfahrungen aus dem Burenkriege mit bezüglich der Wirkungen des kleinkalibrigen Geschosses. Bei Diaphysenschüssen ist das Steckenbleiben von Projektilen, bezw. von Teilen desselben die Regel; das zurückgebliebene Geschoss macht selten Beschwerden. Unkomplizierte Weichteilschüsse zeichnen sich durch relative Gutartigkeit aus; nur die Schussverletzungen aus allernächster Nähe, in der die Pulvergase noch wirksam sind, haben langwierige Eiterungen zur Folge. Die äussere Blutung ist bei Verwundungen durch das kleinkalibrige Geschoss meist gering. Selbst Verletzungen der grossen Schlagadern der Glieder verlaufen häufig nicht tödlich. Auffallend häufig gegenüber früher wurde das Auftreten von Aneurysmen beobachtet. Spätblutungen sind bei dem meist reaktionslosen Wundverlaufe selten geworden. Die Lungenschüsse sind meist gutartig; Hämothorax und Hämoptoe können ganz dabei fehlen. Pneumothorax und Empyem sind selten. Bauchschüsse, bei denen wir der Richtung des Schusskanales nach eine Verletzung mit Peritoneum bekleideter Eingeweide annehmen müssen, können ohne Operation heilen. Der Grund liegt einmal darin, dass das moderne Geschoss nur kleine Löcher in leeren Därmen macht, zweitens, dass die Därme ausweichen können. Die Verletzungen der Abdominalorgane, die nicht mit einem Bauchfellüberzuge versehen sind, geben meist eine günstige Prognose. Schüsse durch die Niere verlaufen häufig ohne grössere Blutung; sie geben eine günstige Prognose. Schüsse durch die Blase können bei wenig gefülltem Organe günstig verlaufen. Die Schädelverletzungen durch das moderne Geschoss enden meist schon auf dem Schlachtfelde tödlich; die Überlebenden haben Streifschüsse oder Schüsse aus weiteren Distanzen erhalten. Der Typus der Epiphysenverletzung ist der Loch-, bezw. Rillenschuss, der der Diaphysenverletzung bei Volltreffern die Schmetterlingsfraktur. Der Charakter der Gelenkschüsse ist abhängig von der gleichzeitigen Knochenverletzung; in den allermeisten Fällen ist er gutartig. Der Umfang der Weichteilverletzung bedingt die Gefahr der Infektion bei jedem Knochen- und Gelenkschusse, nicht die Grösse der Knochenzerstörung; doch ist diese von Wichtigkeit für die Endresultate. Als „erster Verband" bewährte sich in den meisten Fällen die Bedeckung der Ein- und Ausschussöffnung mit aseptischer oder Jodoformgaze, die mittelst kreuzweise angelegter Heftpflasterstreifen befestigt wurde. Primäre Operationen wurden fast nur wegen stärkerer Blutungen ausgeführt.

Verletzungen durch Geschützfeuer waren, wie derselbe Autor mitteilt, in den meisten grösseren Gefechten des Burenkrieges nur sehr selten im Vergleiche zu denen durch die Handfeuerwaffen. Verhältnismässig am häufigsten waren noch die Verletzungen durch Shrapnellfüllkugeln. Die Prognose dieser Verletzungen ist wesentlich ungünstiger als die nach Verwundungen durch das Mantelgeschoss. Einmal vermag die Kugel infolge ihres grösseren Kalibers den Kämpfer leichter ausser Gefecht zu setzen. Die Wunden bluten mehr, sind infolge der grösseren Weichteilquetschung auch schmerzhafter; Erscheinungen von leichtem und schwerem Shock sind häufiger, so dass es selbst bei reinen Weichteilschüssen die Regel bildet, dass der Getroffene nicht mehr vermag, am Kampfe teilzunehmen, namentlich wenn er mehrfache Verwundungen davongetragen hat. Dann aber verläuft der Heilungsprozess wesentlich langsamer;

Digitized by Google

selbst wenn keine Eiterung hinzutritt, sind die reinen Weichteilschüsse nicht vor Ablauf von drei Wochen vernarbt, beanspruchen also etwa die doppelte Zeit, als die gleichen Verletzungen durch Kleinkaliber. In fast der Hälfte aller von Hildebrandt beobachteten Fälle traten tiefer gehende Infektionen ein, die die Heilung verzögerten und meist eine völlige Unbrauchbarkeit des Mannes für den Felddienst zur Folge hatten. Die Sterblichkeit war eine viel grössere. Die Prognose der Verletzungen durch Granatsplitter ist, wenn man von den leichtesten Fällen absieht, noch ungünstiger, als die der Shrapnellwunden. Einmal tritt hier so gut wie stets Infektion ein, dann aber ist der Einfluss auf das Nervensystem gerade bei den Granatverletzungen von nicht zu unterschätzender Bedeutung.

Prof. v. Bruns (Tübingen) führt aus, dass die Einführung der kleinkalibrigen Geschosse eine kleine Umwälzung im ersten Verband auf dem Schlachtfelde herbeigeführt hat, dass man hauptsächlich der Frage, ob antiseptisch oder aseptisch näher treten musste. Heute steht man mit Recht auf dem Standpunkt, dass die Schusswunde mit dem heutigen Geschoss aseptisch ist, dass die Kleinheit der Hautwunde ihre aseptische und schnelle Heilung bedingt, dass man heute sein Hauptaugenmerk darauf richten wird, die sekundäre Infektion zu verhüten. Man bedeckt heute die Wunde sofort, ohne jede weitere Manipulation, mit aseptischem Verbandmaterial, unter welchem die Wunde mit einem trockenen Schorfe heilt. Schlecht ist die Bedeckung mit impermeablem Verband, der die Austrocknung der Wunde hindert. Das Bepudern der Wunde mit Jodoform- oder Salicylpuder hat manche Nachteile. v. Bruns empfiehlt daher das Bedecken der Wunde mit Pasten aus Zinntuben und von ihnen empfiehlt er die Xeroformpaste, die sich in den Tuben nicht zersetzt. Jeder Soldat soll ein Verbandpäckchen erhalten, wie es im deutschen Heere geschieht, die nach seinen Prüfungen noch nach fünf- bis zehnjährigem Bestande vollkommen steril geblieben sind. Zur Befestigung des Verbandes empfiehlt v. Bruns statt der Binde, die leicht rutscht, das Kautschukheftpflaster. Sämtliche Wunden, einerlei ob Knochen oder Gelenke getroffen sind, sollen mit einem einfachen Gazeheftpflasterverband geschlossen und eventuell mit einem sicheren Kontentivverband versehen werden, denn der erste Verband und der erste Transport ist entscheidend für den Heilungsverlauf.

Dr. v. Hippel (Kassel) hält die Laparotomie im Kriege für indiziert: a) primär, d. h. innerhalb der ersten 12 Stunden bei inneren Blutungen, bei Verletzung der Gallenblase und Gallengänge, bei Zerreissung der Blase infolge gleichzeitiger Beckenzertrümmerung, bei anteroposteriorer oder transversaler Schussrichtung im Bereich des Dünndarms und Querkolons, auch ohne sichere Zeichen einer Darmverletzung, bei jeder anderen Schussrichtung, wenn sichere Zeichen einer Dünndarmverletzung bestehen; b) sekundär, d. h. nach Ablauf der ersten zwölf Stunden bei bereits bestehender allgemeiner Peritonitis, wenn der Kräftezustand es gestattet; bei spät einsetzender oder fortschreitender Peritonitis ursprünglich symptomloser oder nur leichte peritoneale Reizerscheinungen zeigender Fälle; c) als Probelaparotomie bei schräg zwischen Flanke und Nabel verlaufenden Schüssen, sowie bei fehlender Ausschussöffnung, soweit die Zeit dazu reicht. Zur Ausführung der Laparotomie macht v. Hippel folgende Vorschläge: Da der Hauptverbandplatz sich nicht zur Laparotomie eignet, wegen der meist bestehenden Unmöglichkeit, in geschlossenem Raum zu operieren, und wegen der Notwendigkeit eines Transportes nach der Operation, soll dieselbe in einem eigens dazu bestimmten Feldlazarett ausgeführt werden, in das die Bauchverletzten direkt zu transportieren sind. Dasselbe soll bis in möglichste Nähe des Schlachtfeldes vorgeschoben und in geschlossenen Räumen etabliert werden, soll mit ein bis zwei Krankentransportwagen, einem Petroleumofen ausgerüstet und mit besonders ausgewählten Ärzten und Sanitätsmannschaften ausgestattet sein und soll möglichst bald durch ein Kriegslazarett übernommen werden.

Dr. Hoxie veröffentlicht einen Bericht über die in der Züricher chirurgischen Klinik in den Jahren 1881—1900 be-

Digitized by Google

handelten Fälle von offenen Wunden des Abdomens. Der Bericht umfasst 97 offene Abdominalwunden, von denen 69 als penetrierend und 28 als nicht penetrierend bezeichnet sind; die Sterblichkeit betrug 27, bezw. 2. Eines der wichtigsten Momente, die die Prognose der Abdominalwunden beeinflussen, ist der Füllungszustand des Darmrohres im Augenblicke der Verletzung. Die allgemeine Regel für die Behandlung der hier in Betracht kommenden Wunden war in leichteren Fällen Bettruhe, Opium und flüssige Nahrung; für die schweren Fälle Laparotomie, ausgenommen da, wo der Kranke so schwach erschien, dass die Aussicht, er könne die Operation ertragen, gleich Null war.

Hinsichtlich der Behandlung von perforierenden Bauchwunden stellt Dr. Tautzscher folgende Sätze auf: 1. Jede Revolververletzung ist als Komplikation aufzufassen. 2. Es ist deshalb unabhängig vom Ort der Wunde in jedem Fall die Operation so bald wie möglich zu machen. 3. Über die Wahl des Schnittes gibt in zweifelhaften Fällen am besten eine Röntgenphotographie Aufklärung. Bei den Bauchverletzungen aus anderen Ursachen entstanden, lässt sich kein gemeinsames Resultat zusammenfassen. Über die Magen- und Darmwunden lässt sich folgendes konstatieren: 1. Die Prognose der Magenwunden ist nicht ganz ungünstig, da sie auch ohne Operation heilen können. 2. Durch die Operation wird die Prognose der Magenwunden wesentlich besser. 3. Darmwunden haben eine sehr ungünstige Prognose. 4. Die Prognose der Darmwunden hängt in erster Linie von dem Kotaustritte und dem Grade der Blutung ab, nicht von der Zahl der Wunden. 5. Eine rechtzeitig ausgeführte Operation hat nur bei geringem Kotaustritte Aussicht auf Erfolg, der Grad der Blutung kommt erst in zweiter Linie in Betracht. Bezüglich der Therapie spricht Verfasser die Ansicht aus, dass die Laparotomie in jedem Falle bei Verdacht einer Komplikation die einzig richtige Methode ist, einerlei, ob die Verletzung über oder unter dem Nabel liegt.

Die Erfahrungen der Neuzeit sprechen nach Prof. v. Bergmann (Berlin) dafür, dass Hirnverletzungen, die durch Eindringen kleinerer Geschosse von 5, 6, 7, 9 mm Durchmesser mit geringer Durchschlagskraft entstanden sind, konservativ zu behandeln sind. Es genügt, die Schädelwunde zu decken, die Kugel heilt gewöhnlich ohne Schaden für den Patienten reaktionslos ein.

Dr. Goldstein berichtet über 27 Fälle von Nierenverletzung. Darunter waren sechs Todesfälle, in vier Fällen lagen noch weitere Verletzungen vor. Die Ursache war am häufigsten Überfahrenwerden. Das Hauptsymptom war in allen Fällen der blutige Harn. Daneben kolikartige Schmerzen und Dämpfung. In sechs Fällen kam es nach Verschwinden der primären Blutung zu recht beträchtlicher Nachblutung. Die Therapie war in den meisten Fällen symptomatisch. Operiert wurde zweimal, beide Male mit tödlichem Ausgang.

Als Therapie der perforierenden, infizierten Augapfelverletzungen empfiehlt Dr. Schirmer (Greifswald) neben Atropin und Applikation von feuchter Wärme bei frischer eiteriger Entzündung die Galvanokaustik der Wundränder und des Haupteiterherdes, auch im Glaskörper, eventuell Punktion der Vorderkammer und Paracentese mit Glühschlinge, ferner subkonjunktivale Injektionen mit Sublimat (1:2000) oder 2%iger Kochsalzlösung, Diaphorese (zweimal wöchentlich im Heissluftapparat), Bettruhe und vor allem Quecksilber in hohen Dosen als Inunktionskur, bei Männern 8—9 g, bei Frauen 6—8 g, bei Kindern 1—3 g, eine Hälfte morgens, die andere abends, und zwar in zwei bis vier Touren von je dreitägiger Dauer. Wo schnelle Wirkung erzielt werden soll, macht Verfasser intramuskuläre Injektionen von:

Rp.: Hg. bijod. 0,25,
Kal. jodat. 2,5,
Aq. dest. 25,0.
(1 Pravaz in die Glutaea).

Optische Operationen dürfen ehestens ein Vierteljahr nach Ablauf der Entzündung vorgenommen werden, da zu frühe oder zu schnell nacheinander unternommene operative Eingriffe Rückfälle hervorrufen können.

Digitized by Google

Bei der Trübung der Hornhaut nach Kalkverletzungen handelt es sich nicht, wie man früher glaubte, um angesammelte organische Kalkverbindungen, sondern um Calciumalbuminate. Dr. Guillery ging von seiner Erfahrung aus, dass Quecksilberalbuminate in Salmiak leicht löslich seien und stellte mit Calciumalbuminaten Versuche an. Er fand, dass im Reagenzglas, dann in den Augen von Tieren eine Lösung des Calciumalbuminates stattfinde, konnte die Aufhellung der trüben Hornhaut auch bei einem Menschen beobachten und schlägt vor, durch Kalk verletzte Augen mit trüb gewordener Hornhaut täglich mehrmals mit angewärmter Salmiaklösung (2—20% Lösung) allemal ½ Stunde lang zu baden. Nur jene Trübungen, bei denen wirklich Einlagerung von Calciumalbuminaten besteht, werden durch Salmiak aufgehellt.

Beobachtungen über die Wirkungen des kleinkalibrigen Geschosses aus dem Burenkriege 1899—1900 von Dr. Hildebrandt (Arch. f. klin. Chir. 65. Bd. 3. H. — Schm. Jahrb. 275. Bd. 7. H.). — Beobachtungen über Artillerie-Verletzungen im Burenkriege von Dr. Hildebrandt (Ebendaselbst. — Ebendaselbst). — Prof. v. Bruns über den ersten Verband auf dem Schlachtfelde auf dem deutschen Chirurgenkongresse zu Berlin (Münch. med. Wochenschr. Nr. 15). — Über die Laparotomie im Kriege von Dr. v. Hippel (Münch. med. Wochenschr. Nr. 45). — Bericht über die in der Züricher chirurgischen Klinik in den Jahren 1881—1900 behandelten Fälle von offenen Wunden des Abdomens von Dr. Hoxie (Beitr. z. klin. Chir. — Schm. Jahrb. 273. Bd. 2. H.). — Zur Behandlung der perforierenden Bauchwunden von Dr. Tantzscher (Volkm. Samml. — Prag. med. Wochenschr. Nr. 44) — Geheilte Schädelschüsse von Prof. v. Bergmann (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 14). — Über die in den letzten 20 Jahren auf der chirurgischen Abteilung des städtischen allgemeinen Krankenhauses im Friedrichshain vorgekommenen Verletzungen der Niere von Dr. Goldstein (Deutsche Zeitschr. f. Chir. 65. Bd. 1. H.). — Zur Diagnose, Prognose und Therapie der perforierenden, infizierten, Augapfelverletzungen von Dr. Schirmer (Graefes Arch. 53. Bd. 1. H. — Deutsche Praxis Nr. 16). — Über die Kalktrübung der Hornhaut und ein Verfahren zu ihrer Aufhellung von Dr. Guillery (Arch. f. Augenheilk. 44. Bd. 4. H. — Schm. Jahrb. 274. Bd. 4. H.).

Vioform. Dr. Schmieden (Bonn) berichtet über die sehr günstigen Erfahrungen, die in der Schedeschen Klinik mit dem neuen Ersatzmittel für Jodoform, dem Vioform, gemacht worden sind. Das Vioform besitzt die guten Eigenschaften des Jodoforms ohne seine Schattenseiten. Es ist sterilisierbar, ohne dabei zersetzt zu werden oder seiner wertvollen Eigenschaften verlustig zu gehen. Es kam hauptsächlich als Vioformgaze zur Verwendung, die vor dem Gebrauche bei frischen Wunden nochmals sterilisiert wurde. Ausserdem wurde das geruchlose und reizlose Vioform als Streupulver verwendet in der Umgebung von Wunden, die in einem schwer desinfizierbaren Gebiete angelegt werden müssen.

Klinische Erfahrungen über Vioform von Dr. Schmieden (Deutsche Zeitschr. f. Chir. 41. Bd. — Schm. Jahrb. 273. Bd. 3. H.).

W.

Wanderniere. Dr. Morriss Schlussfolgerungen in der Behandlung der Wanderniere sind folgende: Bei Komplikation mit Enteroptose keine Operation, medizinisch-diätetische und orthopädische Behandlung. Dasselbe gilt bei dem Zusammentreffen mit Ptose der Leber und der Niere der anderen Seite; bestehen aber im letzteren Falle von beiden Nieren lebhafte Beschwerden, so sollen beide in einem Intervall von einer Woche operativ fixiert werden. Hysterische oder Neurastheniker mit Wanderniere müssen zuerst palliativ behandelt werden; nur auf besonderen Wunsch kann die Nephropexie gemacht werden (50% Heilung). Bei unkomplizierten Fällen: Nephropexie. Renale Krisen erfordern ebenfalls die Operation. Wandernieren, die ohne Beschwerden für den Patienten bestehen, bedürfen weder operative noch orthopädische Behandlung.

Symptome und Behandlung der Wanderniere von Dr. Morris (Lancet. — Zeitschr. f. diät. und phys. Ther. 6. Bd. 8. H.).

Wasserstoffsuperoxyd. Für die Verwendbarkeit des Wasserstoffsuperoxyds in der Wundbehandlung kommt Dr.

Digitized by Google

Honsell (Tübingen) zu folgenden Schlüssen: Wasserstoffsuperoxyd besitzt einen günstigen Einfluss auf den Verlauf eiternder und ganz besonders jauchiger und gangränöser Prozesse. Auf frische Operationswunden gebracht, übt es keinerlei lokal oder allgemein schädigende Nebenwirkungen aus. Die Ursache des Einflusses auf septische Prozesse ist in erster Linie in mechanischen Momenten, in der Verschäumung der Wundsekrete zu suchen. Die chemische Einwirkung des Wasserstoffsuperoxyds kraft des nascierenden Sauerstoffes auf Bakterien in Wunden ist nicht nachweisbar. Möglicherweise findet auch eine direkte Einwirkung des Wasserstoffsuperoxyds, resp. Oxyds auf die Gewebe selbst statt. Die durch Verschäumung bewirkte Reinigung der Wunden zugleich mit der absoluten Unschädlichkeit sichert dem Wasserstoffsuperoxyd eine gewisse Überlegenheit vor Sublimat und essigsaurer Tonerde. Ausgezeichnet ist auch die desodorierende Wirkung des Mittels.

Dr. Gunson appliziert das Wasserstoffsuperoxyd mittelst eines Sprays auf die lupösen Geschwürsflächen oder in tuberkulöse Abscesshöhlen, nachdem der Eiter entleert ist. Hinterher wird eine Salbe von Jodoform und Borsäure angewandt oder die Abscesshöhle wird mit Jodoformgaze ausgestopft. Falls die Granulationsfläche stark wuchert, so wird sie erst mit dem scharfen Löffel abgekratzt. Auf diese Weise gelang es, lupöse Geschwüre innerhalb zwei bis vier Wochen, kalte Abscesse innerhalb zehn Wochen zur Heilung zu bringen.

Dr. Gallois wendet das Wasserstoffsuperoxyd zur Behandlung der Hypertrichosis an. Man nimmt einen der Grösse der betreffenden Region entsprechenden Wattebausch, tränkt ihn mit der Eau oxygénée und lässt ihn einige Minuten auf der Haut liegen. Die Prozedur wird täglich einmal wiederholt bis zum gewünschten Resultat. Lokale Reizerscheinungen kämen dabei nie vor. Beim Wiederwachsen der Haare wird zur selben Behandlung gegriffen. Das Mittel ist nicht radikal. Trotzdem ist es wegen seiner eminent leichten Anwendungsweise für die tägliche Praxis recht geeignet.

Experimentelle und klinische Untersuchungen über die Verwertbarkeit des Wasserstoffsuperoxyds in der Chirurgie von Dr. Honsell(Beitr. z. klin. Chir. 27. Bd. 1. H. — Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 53) — Wasserstoffsuperoxyd in der Behandlung von Lupus vulgaris und tuberkulösen Abscessen von Dr. Gunson (Brit. med. Journ — Ther. Monatsh. 5. H.). — Dr. Gallois über die Behandlung der Hypertrichosis mit Wasserstoffsuperoxyd in der Société de thérapeutique zu Paris (Ther. d. Gegenw. 12. H.).

Wärmebehandlung. Früher wurde zur Beseitigung des Schmerzes, der Lähmung, der Versteifung, von Zirkulations- und Ernährungsstörungen an verletzt gewesenen Gliedmassen das medikomechanische, als das einzige wirkende Heilmittel verwendet. Die Erfahrung hat aber gezeigt, dass unter Einwirkung hoher Wärmegrade ein sofortiges Nachlassen des Schmerzes, dann ein Geschmeidigwerden steifer Gelenke, starrer Narben oder Muskeln eintritt. Nach wiederholter Anwendung dieses Verfahrens sieht man entzündliche Exsudate sich aufsaugen, Zirkulationsverhältnisse, allgemeine und örtliche Ernährungsverhältnisse sich bessern. Dr. Thiem hat die Wärme in Form der Heissluftapparate, der örtlichen Dampfbäder, als lokale und allgemeine Moorbäder, als Fangopackungen, örtliche und allgemeine Heisssandbäder und in Gestalt von Thermophoren angewendet.

Dr. Gross (Kiel) beschreibt die an der Quinckeschen Klinik in Anwendung befindlichen Wärmekörper, welche aus Zinnröhren bestehen, die schleifenförmig gelegt und auf Asbestplatten befestigt werden. Durch die Röhren wird heisses Wasser geleitet. Das Prinzip dieser Thermophore wurde nun auch auf lokale Sandbäder und Sandumschläge angewendet, indem der Sand in Leinensäckchen auf oder unter den Thermophor gelegt wird. Wie Messungen ergaben, ist die Tiefenwirkung aller heissen Umschläge doch eine recht beschränkte. Behandelt wurden subakute Ischiasfälle, Lumbago Spondylitis, vor allem Magengeschwüre. Von günstigem Einfluss scheint hierbei die lokale Schweisshervorrufung zu sein.

Dr. Polano (Giessen) berichtet über seine weiteren Erfahrungen, die er mit der Heissluftherapie nach Bier

Digitized by Google

in der Gynäkologie gemacht hat. Von den anfangs empfohlenen hohen Temperaturen bis 150° C. ist er abgekommen; er verwendet nur noch 120—125° C. und beginnt mit 115°. Die Indikationen des Verfahrens bieten besonders alte, harte Beckenexsudate, ferner solche, die mit eitriger Einschmelzung einhergehen, und zur Nachbehandlung auch indizierte Exsudate; ferner eignen sich zur Behandlung die adhäsive Beckenperitonitis (spez. Perimetritis posterior), der Infantilismus der weiblichen Genitalien und die Amenorrhöe. Ganz ungeeignet für Heissluftbehandlung ist die Endometritis. Dagegen hatte Polano noch Erfolg in je einem Fall von Aktinomykose der Bauchdecken, von Bauchdeckenfistel bei tuberkulöser Peritonitis und von Pyosalpinx duplex gonorrhoica. Als absolute Gegenanzeige muss in jedem Falle etwa vorhandenes Fieber gelten.

Auch an der Greifswalder Frauenklinik wurden, wie Dr. Dützmann mitteilt, mit der Heissluftbehandlung bei alten narbigen und frischen eitrigen Exsudaten gute Erfolge erzielt.

Dr. Ullmann (Wien) hat einen „Hydrothermoregulator" konstruiert, welcher Apparat dazu dient, ein gewisses Quantum Wasser auf beliebiger Temperatur zu erhalten und in fortgesetzten Kreislauf zu versetzen. Die Applikation der Wärme geschieht durch „Thermoden", welche nach dem Prinzip der Leiterschen Röhren aus Metall oder Hartgummi hergestellt und den einzelnen Köperstellen angepasst sind. Nach Ullmanns Erfahrungen übt die Wärme — bis zu 44° C. — auf die Reinigung speziell venerischer Geschwüre, auf Prostatitis und Epididymitis, wo sie der Kälte durchaus vorzuziehen sein soll, einen günstigen Einfluss aus; ebenso bei gonorrhoischen Gelenkentzündungen, chronischen Exsudaten. Auch für akute Eiterungsprozesse und Exsudate verspricht sich Verfasser gute Erfolge.

Dr. Roth empfiehlt einen für mehrere Gelenke (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie- und Fussgelenke) anwendbaren Heissluftapparat „Polytherm", der beim Mechaniker Ludwig Walter, Wien, XX B. Wintergasse 38, erhältlich ist. Dieser Apparat soll gegenüber den ursprünglichen Bierschen Hitzkästen eine Reihe von Vorzügen haben. Sichere Vermeidung von Brandblasen, gleichmässige Erwärmung der eingelagerten Körperteile, langsame Steigerung der Wärmezufuhr, Möglichkeit einer genauen Temperaturregulierung und genauer Temperaturmessung.

Dr. Steinschneider (Franzensbad) macht auf die günstige Wirkung der Franzenbader Mineralmoorpackungen bei chronischen Entzündungen der weiblichen Sexualorgane aufmerksam.

Über die Thermotherapie bei der Behandlung Unfallverletzter von Dr. Thiem (Ther. Ratg. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 2. H.). — Über lokale Wärmeapplikation von Dr. Gross (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 46). — Zur Anwendung der Heissluftherapie in der Gynäkologie von Dr. Polano (Zentralbl. f. Gynäk. Nr. 37. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 38). — Diagnose und Behandlung der Exsulate von Dr. Dützmann (Monatsh. f. Geb. 7. H.). — Zur klinisch-therapeutischen Verwertbarkeit konstanter Wärme von Dr. Ullmaen (Wien. klin. Rundschau Nr. 23—25). — Über einen Heissluftapparat von Dr. Roth (Jahrb. f. diät. u. phys. Ther. 6. Bd 3. H.). — Moorpackungen in Franzensbad von Dr. Steinschneider.

Wundbehandlung. Prof. v. Küttner gibt eine Reihe von Vorschriften für die schonende Nachbehandlung von septischen Operierten. Ganz besonders empfiehlt er den feuchten Verband. Die schmerzstillende Wirkung dieses Verbandes ist nach Autor eine so eklatante, dass man beim Verbandwechsel oder bei Experimenten mit anderen Verbänden sich förmlich wieder nach dem feuchten Verbande sehnt, wenigstens so lange die akut entzündlichen Erscheinungen bestehen. Sind die akute Entzündung demarkiert, Sekretion und Schmerzhaftigkeit geringer geworden, so tritt der Salbenverband in sein Recht, weil er die Haut schont, besser leitet als ein trockener Verband und für den Kranken den Verbandwechsel erträglicher gestaltet. Lokale Anästhetika erfolgen bei eitrigen Prozessen grösserer Ausdehnung; für neue Incisionen u. s. w. empfiehlt v. Küttner ganz besonders das Operieren im ersten Ätherrausche.

Dr. Wanach (St. Petersburg) hat die von Bruns empfohlene Airolpaste:

Digitized by Google

Airoli	5,0
Mucil. Gummi arab.	10,0
Glycerin.	10,0
Bol. alb. qu. S.	
M. f. pasta mollis	

mit grossem Vorteil in der Wundbehandlung angewendet und gefunden, dass dieselbe durchaus geeignet ist, den Bindenverband in vielen Fällen zu verdrängen. Die Anwendungsweise ist sehr einfach. Man trägt die Paste mit einem Spatel dick auf die genähte Wunde und drückt eine dünne Schicht Watte darauf. Die Paste haftet sofort fest an, wie guter Kitt und schmiegt sich in jedes Hautfältchen. Am Tage nach der Applikation ist die Paste mit der Watte und dem etwa durchgesickerten Blute zu einer festen Platte eingetrocknet, die aber — und das ist ein ganz wesentlicher Punkt — hygroskopisch bleibt, im Gegensatze zum Kollodium, das wegen seiner Undurchlässigkeit unbrauchbar ist. Nach 4—8—14 Tagen (so lange hält die Paste ebenso sicher, wie im Anfange), kann man gewöhnlich das ganze Stück im Zusammenhange abnehmen, ohne Beschwerden für den Kranken und wieder im Gegensatze zum Kollodium. Die Paste haftet an der Haut etwa in der Art wie fest gewordener Kitt am Glase. Stichkanaleiterungen gehören zu den grössten Seltenheiten, und selbst wenn hie und da etwas Eiterung auftritt, so wird das Sekret dauernd aufgesogen und es kommt nicht zu tiefen Eiterungen längs den Stichkanälen. Vor dem Einflusse des Speichels, des Nasensekretes, des Harns schützt die Paste vollständig genügend. Auch bei Gastrostomien bleibt der genähte Teil der Wunde reaktionslos. Die hygroskopischen Eigenschaften der Paste gehen so weit, dass Exkorationen, oberflächliche Verbrennungen, reine oberflächliche Wunden, ja sogar reine Granulationsflächen ebenso schön heilen, wie etwa unter dem trockenen Blutschorf. Nie ist eine Reizung der Haut durch die Paste entstanden. Artefizielle Ekzeme heilen oft nur unter einem einzigen Pastenverband.

Das Chininum lygosinatum hat sich Dr. Hevesi als Streupulver bei der ambulatorischen Behandlung von unreinen Wunden, bei jauchenden und gangränösen Geschwüren sehr wirksam erwiesen, indem seine desodorisierenden und antiseptischen Wirkungen in der kürzesten Zeit zur Geltung kamen, die übelriechende Sekretion einer gutartigen Eiterung wich und der schmutzig belegte Geschwürsgrund sich in eine lebhaft gerötete Granulationsfläche verwandelte. Weiter bewährte sich das Chininum lygosinatum, in Pulverform eingerieben oder in 10%iger Glycerinmischung in die Wunde gebracht, in vielen Fällen von Karies der Hand- und Fusswurzelknochen zur Erlangung und Erhaltung der Keimfreiheit; die nach Entfernung des Krankhaften verbliebene Wundhöhle heilte ohne Eiterung. Ausserdem wurde eine 30%ige Chininum lygosinatum-Gaze benutzt und dieselbe hat sich besonders geeignet zur Stillung von parenchymatösen Blutungen gezeigt. Diese Wirkung könnte auf die Anregung der Gefässkontraktion oder auf Förderung der Blutkoagulation zurückgeführt werden Selbst bei Verwendung grösserer Mengen von Pulver und Gaze wurden weder allgemeine Giftwirkungen, noch lokale Reizerscheinungen beobachtet.

Prof. Axenfeld redet der offenen Wundbehandlung nach Bulbusoperationen das Wort. Nach Verfasser ist jedoch für die ersten 12 Stunden eine Bedeckung des operierten Auges rationell, weil in dieser Zeit noch keine erhebliche Keimvermehrung stattfindet, andererseits bei genügender Ruhe Schnitte in der Hornhaut, besonders wenn sie den gefässreichen Limbus berühren, nach 12 Stunden schon verklebt zu sein pflegen. Der Verband soll und braucht aber nur ein lose gepolsteter Schlussverband sein, oder ein bedeckendes, mit Mull ausgelegtes Gitter oder dergleichen. Am Tage nach der Operation wird man jedenfalls zum Schutzgitter oder gleichwertigen Vorrichtungen übergehen, auch in den seltenen Fällen, wo die Vorderkammer noch nicht wiederhergestellt sein sollte; der Kranke darf bald aufstehen, das andere Auge wird freigelassen. Bei dieser offenen Nachbehandlung werden die Augen viel schneller reizlos, so dass manche Staroperierte schon am 8. bis 10. Tag entlassen werden können. Wundsprengungen sind viel

Digitized by Google

seltener, Störungen im psychischen Verhalten sind auch bei den älteren Starkranken kaum mehr zu beobachten.

Schonende Nachbehandlung septischer Operationen von Prof. Küttner (Beitr. z. klin. Chir. 35. Bd. 2. H. — Schm. Jahrb. 276. Bd. 11. H.). — Über die Brunssche Airolpaste von Dr. Wanach (St. Peterb. med. Wochenschr. — Medico Nr. 47). — Chininum hygosinatum, ein neues Wundbehandlungsmittel von Dr. Hevesi (Zentralbl. f. Chir. 1. H. — Zentralbl. f. d ges. Ther. 3. H.). — Die Prophylaxe der septischen Infektion des Auges, besonders seiner Berufsverletzungen von Prof. Axenfeld (Münch. med. Wochenschr. Nr. 31).

X.

Xeroform. Dr. Pfeiffenberger hat mit Xeroform, welches nach seinen Erfahrungen allegünstigen Eigenschaften des Jodoforms vereint, ohne dessen Nachteile zu besitzen, ausser in chirurgischen Fällen auch bei verschiedenen anderen Erkrankungen, speziell der Haut, die besten Resultate erzielt. Die Erfolge waren sehr gut in einer Reihe von Fällen von schweren akuten und chronischen Ekzemen und bei Verbrennungen verschiedenen Grades. Autor empfiehlt die ausgedehnteste Verwendung von Xeroform als sekretionsbeschränkendes, desodorisierendes und schmerzlinderndes Mittel, zumal unangenehme oder giftige Erscheinungen nicht beobachtet wurden.

Beiträge zur Xeroformtherapie von Dr. Pfeiffenberger (Wien. med. Presse Nr. 10).

Z.

Zahnkrankheiten. Dr. Walkhoff hält das sogenannte sensible Dentin für einen Reizzustand der an der Pulpaoberfläche lagernden Odontoblasten; wie ein durch Curare gelähmter Muskel doch noch auf direkten Reiz reagiert, so ist auch das Protoplasma der Odontoblasten direkt reizbar, obwohl zu ihnen keine Nervenleitung aus dem Zahnbein stattfindet. Die Diagnose der Hyperästhesie des Dentins erfolgt durch Ausspritzen des Zahnes mit Wasser von bestimmter Temperatur. Für normales Zahnbein ist ein Wärmegrad von 15—18° C. bestimmend, darüber hinaus bis 23° C. haben wir es mit Hyperästhesie zu tun. Reagiert der Zahn noch bei 28° C. heftig, so handelt es sich bereits um eine Pulpa-Erkrankung. Zur Anästhesierung des Dentins kann man entweder eine Totalanästhesie der in die Pulpa eindringenden grösseren Nervenstämme einleiten oder den hyperästhetischen Bezirk lokal anästhesieren. Im ersteren Falle verwendet man Kälte, indem man einen Strahl von Chloräthyl, Anästhyl u. s. w. 3 - 5 Sekunden einwirken lässt. Im anderen Falle schreitet man zur direkten Imprägnation des hyperästhetischen Bezirkes mit Anästheticis, Alkaloiden, Cocainum nitricum oder den sogenannten „ermüdenden" Stoffen, von welchen Verfasser schon im Jahre 1896 die Kohlensäure in statu nascendi empfohlen hat.

Bei kariösen Zähnen wandte Dr. Szabó (Budapest) Argentum nitricum in 10—40%iger Lösung, oder als feines Pulver an. Die mikroskopischen Befunde berechtigen zu der Annahme, dass schon nach fünfmaliger Applikation die Imprägnation vollständig ist, ohne dass hierdurch das vorhandene gesunde Dentin oder die Pulpa lädiert werden würde. Das mit $AgNO_2$ imprägnierte Dentin kann in der Kavität belassen werden, als beinahe aseptische, natürliche Schutzdecke der Pulpa. Darüber kommt der übliche, nicht wärmeleitende Verband und dann die de-

Digitized by Google

finitive Füllung. Diese Behandlungsweise hat sich Autor in vielen Fällen als ausgezeichnete Methode zur Konservierung tief zerstörter Zähne bewährt und ist infolge ihrer einfachen und raschen Ausführbarkeit besonders für Armenpraxis (Schulkinder!) sehr empfehlenswert. Auch für die Behandlung der Milchzähne, welche bekanntlich grosse Schwierigkeiten bietet, kommt Argentum nitricum häufig in Betracht. Der kariöse Detritus wird vorsichtig entfernt und Lapis appliziert, worauf man in sehr vielen Fällen die nötigen Füllungen legen kann, während sonst bei der geringsten Schmerzempfindung das erschreckte Kind sich einer weiteren konservativen Behandlung widersetzt. In vielen Fällen genügt auch die blosse Anwendung von $AgNO_3$ ohne nachfolgende Füllung, um das Weiterschreiten des kariösen Prozesses zu verhindern. Das lebende Eiweiss verbindet sich in Form eines Niederschlages mit dem Metalle des Silbersalzes, es bildet sich an Stelle des erweichten Dentins eine feste, schwarze Schicht von gefälltem Silbereiweiss, welche dem kranken Zahn einen natürlichen Schutz gegen äussere Einflüsse gewährt.

Dr. Rodier hatte seit 13 Jahren 60 mal Gelegenheit, Zähne einzupflanzen, wobei es sich 38 mal um Reimplantation desselben Zahnes, 15 mal um Transplantation frischer und siebenmal um Implantation konservierter, zu diesem Behufe präparierter Zähne handelte. Von den letzteren fielen fünf schon kurze Zeit nach der Operation aus, einer hielt zwei, ein anderer acht Jahre. Von den 15 Transplantationen bewähren sich sieben noch heute, während acht im Verlaufe von einem halben bis zu neun Jahren ausgestossen wurden. Bei den 38 Reimplantationen schwankt die Dauer des Erfolges zwischen 3—12 Jahren. Die Operation wurde stets unter Kokain-Anästhesie gemacht, nachdem der Wurzelkanal mit Guttapercha oder Zement verschlossen und die Wurzelspitze reseziert worden war. In den ersten Tagen bestehen entzündliche Erscheinungen von geringer Intensität. Des weiteren lassen sich zwei Gruppen von Fällen unterscheiden: entweder der Zahn wird vollständig fest, so dass er nach einigen Monaten sich durch Druckempfindlichkeit und Perkussionsschall in keiner Weise von seinen Nachbarn unterscheidet, oder er bleibt locker und wird nach mehr weniger langer Zeit infolge Rarefikation seiner Wurzel eliminiert. Um die Farbe des einzupflanzenden Zahnes braucht man sich nicht zu kümmern, da er im Munde durch Aufnahme von Flüssigkeit alsbald ein natürliches Aussehen bekommt. Eine grosse Rolle spielen Temperament und allgemeine Körperbeschaffenheit des Patienten. Gute Erfolge erzielt man nur bei kräftigen, gesunden Personen. Ein Nachteil ist die Neigung eingepflanzter Zähne abzubrechen; es liegt aber in einem solchen Falle, wofern nur die Wurzel fest ist, kein Hindernis vor, auf letztere einen Stiftzahn zu setzen.

Dr. Jenkins empfiehlt seine Methode des Füllens der Zähne mit Porzellan auf das wärmste und spricht schon nach den nur wenige Jahre zählenden Erfahrungen, welche er mit Porzellanfüllungen gemacht hat, dem Goldfüllen jede Berechtigung ab.

Das Wasserstoffsuperoxyd wird nach Dr. Miltenberger in der zahnärztlichen Praxis angewendet in 1%iger Lösung zur Reinigung des Operationsfeldes vor der Extraktion oder dem chirurgischen Eingriff, zum Ausspülen von Kavitäten und Wurzelkanälen. 3- und 5%ige Lösungen verwendet man zum Ausspülen bei Gangrän der Pulpa, Alveolarabscess, Pyorrhoea alveolaris, bei Geschwüren, Fistelgängen und zum Bleichen verfärbter pulpaloser Zähne. Man kann sich kein besseres Mittel zur Reinigung alter Fistelgänge und abscedierender Wurzeln denken, wo die septischen Stoffe durch die energische Schaumbildung aus der Tiefe an die Oberfläche geworfen werden. Wasserstoffsuperoxyd findet ferner noch Anwendung zur Stillung heftiger Blutungen nach Zahnextraktionen. Verschiedene Autoren verordnen es in dünnen Lösungen als Mundwasser.

Dr. Pelnar stellte bakteriologische Untersuchungen über die Wirkung der gebräuchlichsten Mundwässer an, die ihn zu dem Schlusse führten, dass das Gurgeln bei Benützung selbst genügend konzentrierter Lösungen teurer Mundwässer vom bakteriologischen Standpunkte

Digitized by Google

indifferent ist. Nicht einmal eine viertelstündige Einwirkung, dreimal täglich wiederholt, kann die Fäulnis des Fleisches verhindern. Es bleibt daher bloss eine Eigenschaft übrig, das wäre der leicht adstringierende Geschmack der Mundwässer. Sämtliche in den Prospekten mitgeteilten Anpreisungen über Desinfektion sind als unbegründet zu bezeichnen. Wer mit einem dieser Mundwässer gurgeln will, der sei sich wenigstens dessen bewusst, er tue es bloss des angenehmen Geschmackes halber.

Der augenblickliche Stand der Kenntnis und der Behandlung des sensiblen Dentins von Dr. Walkhoff (Deutsche Monatsschr. f. Zahnheilk. Nr. 2. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 8. H.). — Histologische und klinische Untersuchungen über die Wirkungsweise des Argentum nitricum auf das erkrankte Dentin von Dr. Szabó (Öst.-ung. Viertelj. f. Zahnheilk. Nr. 1. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 7. H.). — Die späteren Schicksale von 60 Zahneinpflanzungen von Dr. Rodier (Rev. d. Stomat. 9. Bd 6. H. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 10. H.). — Porzellanfüllungen von Dr. Jenkins (Deut. Rew. Nr. 7. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 4. H.). — Wasserstoffsuperoxyd von Dr. Miltenberger (Arch. f. Zahnheilk. Nr. 1. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 9. H.). — Bakteriologische Versuche über die Wirkung unserer Mundwässer von Dr. Pelnar (Wien. klin. Rundschau Nr. 11 u. 12. — Zentralbl. f. d. ges. Ther. 10. H.).

Digitized by Google

Verzeichnis

der im Anzeigen-Anhang zu Dr. A. Pollatscheks Therapeut. Leistungen empfohlenen

Medizinischen Präparate, Apparate, Instrumente, Nährmittel, Mineralwässer, Bäder, Sanatorien, Heilanstalten etc.

Die Seitenzahlen beziehen sich auf die Ankündigungen der betr. Firmen am Schlusse des Bandes.

	Seite
Acetopyrin	27
Adrenalchlorid-Poehl	25
Albargin	20 21
Alsol	26
Anaesthesin (Dr. Ritsert)	20 21
Apparate zur Polarisation	24, 29
Aqua ferri nervina	24
Aristochin	42
Aspirin	42
Bakteriolog.-Chem.-Mikroskop. Apparate.	
Paul Altmann, Berlin	29
Dr. Robert Muencke, Berlin	24
Bäder, Kurorte und Heilanstalten.	
Baden-Baden	13
Baden-Baden, Dr. Emmerichs Heilanstalt	16
Bilin, Kuranstalt Sauerbrunn	6
Dessau, Dr. Paschens Orthop. Heilanstalt	4
Franzensbad	12
Godesberg, Kur- und Wasserheilanstalt	15
Görbersdorf, Dr. Brehmersche Heilanstalt	17
Bad Hall	10
Karlsbad	9
Lippspringe	12
Marienbad	13
Monte Carlo, Deutsches Sanatorium	14
Salzungen	11
Schömberg, Neue Heilanstalt f. Lungenkranke	14
Bad Warmbrunn	8
Wiesbaden	7
Biliner Sauerbrunn	6
Biamutose	18
Bromocoll	5
Bromocoll-Salbe	5
Brutschränke	24. 29
Capsulae Guajacoli compos. Hill	27
Centrifugen für Klinil er und Bakteriologen	24. 29
Cerebrinum Poehl	25
Chloroform Anschütz	5
Crurin	18
Dormiol	18
Dungs China-Calisaya-Elixir	28
Eichel-Kakao, Stollwerck	31
Eisen-Somatose	42
Eisenwasser	24
Europhen	42
Fleischsolution, Leube-Rosenthalsche	19
Formaldehyd	19
Franzensbad	12
Gluton	5

Digitized by Google

	Seite
Godesberg, Kur- und Wasserheilanstalt	15
Guajacol	19
Bad Hall	10
Hämatogen (Dr. Hommels)	3
Harnuntersuchungsapparate	24, 29
Hedonal	42
Heroin hydr.	42
Hetol und Hetolkresol	18
Heilanstalten für Lungenkranke.	
Dr Brehmersche Heilanstalt, Görbersdorf	7
Neue Heilanstalt Schöneberg	14
Helmitol	42
Honthin	27
Hygiama (Dr. Theinhardts)	22/23
Instrumententische und Schränke	24, 29
Jodol	18
Kaiser-Friedrich-Quelle, Offenbach	30
Karlsbad	9
Kindermehle, Dr. Theinhardts lösliche Kindernahrung	22/23
Kreosot	19
Kryoskope	24, 29
Leube-Rosenthalsche Fleischsolution	19
Lippspringe	12
Marienbad	13
Menthol-Jodol	18
Mesotan	42
Dr. Michaelis Eichel-Kakao	31
Monte Carlo, Deutsches Sanatorium	14
Moor-Extrakte	1
Moorlauge	1
Moorsalz	1
Nährpräparate, Hygiama und Dr. Theinhardts Kindernahrung	22/23
Nutrose	20/21
Offenbacher Wasser	30
Orexin-Tannat	18
Ovariinum Poehl	25
Oxaphor	20 21
Dr. Paschens orthopäd. Heilanstalt	4
Pastilles de Bilin	6
Pegnin	20,21
Peruol	5
Peruol-Seife	5
Peruscabin	5
Petrosapol	27
Petrosulfol	27
Polarisationsapparate	24
Puro	2
Pyramidon	20-21
Quecksilber Resorbin	5
Resorbin	5
Salzungen	11
Sanguinin	33
Serravallos China-Weine	25
Somatose	42
Sperminum Poehl	25
Syrupus Colae compos „Heil“	27
Syrupus Guajacoli compos. Heil	27
Tannigen	42
Tannochrom. siccum	27
Tannochrom. solutum	27
Tanocol	5
Tanocol. Chokolade-Tabletten	5
Theocin	42
Thyreoidinum Poehl	25
Tinctura Ferri Athenstaedt	26
Valyl	20 21
Warmbrunn	8
Weine für Gesunde und Kranke	25. 32
Wiesbaden	7

Digitized by Google

Moorbäder im Hause

mit

Einziger natürlicher Ersatz für

Medicinal-Moorbäder

im **Hause** und zu **jeder Jahreszeit.**

Mattoni's Moorsalz	Mattoni's Moorlauge
(trockener Extract)	(flüssiger Extract)
in Kistchen à 1 Kilo.	**in Flaschen à 2 Kilo.**

Langjährig erprobt bei:

Metritis, Endometritis, Oophoritis, Parametritis, Perimetritis, Peritonitis, Chlorose, Anaemie, Scrophulosis, Rhachitis, Resorption von Exsudaten, Fluor albus, Disposition zu Abortus, partiellen Paralysen, Paresen, Gicht, Rheumatismus, Podagra, Ischias und Haemorrhoiden.

Heinrich Mattoni

Franzensbad, Karlsbad, Wien.

Einem Eingangszoll nach Deutschland unterliegen Moorextracte nicht.

Den Herren Aerzten, welche **Mattoni's** Moorextracte noch nicht kennen sollten, oder dieselben ad usum proprium und in der Armenpraxis in Verwendung zu nehmen beabsichtigen, stehen geeignete Quantitäten bei der Firma **Heinrich Mattoni** in Franzensbad, oder deren Filialen in Karlsbad, Wien und Budapest vollständig kostenfrei zur Disposition.

Digitized by Google

Bleichsucht
Scrophulose
Rhachitis.

Tuberculose
Kachexien
in Folge von Carcinom, Syphilis etc.

„PURO" Med. chem. Institut, Dr. H. Scholl, München.

Puro

Fleischsaft

Saft aus rohem Ochsen-Muskelfleisch in dreifacher Concentration,

mit 33 pCt. Fleisch-Eiweiss,

ein ideales Kräftigungsmittel für Kranke und Schwache.

Unsere ersten Kliniker verordnen täglich Fleischsaft „Puro".

Frauenleiden
Nervenkrankheiten
nach **Operationen.**

Anwendung: Mehrmals täglich ca. 1 Stunde vor den Mahlzeiten einen bis mehrere Kaffeelöffel rein mit Weissbrot, oder in Milch, Bouillon, Wein etc, ausserdem während der Mahlzeiten als Zusatz zu Suppen, Fleisch und Gemüsen, ferner als Fleischsaft-Gelée und Fleischsaft-Gefrorenes.

Reconvalescenz
Kinderpraxis
Verdauungsleiden.

Digitized by Google

Statt Eisen! **Statt Leberthran!**

Dr. Hommel's Haematogen

(concentrirtes, gereinigtes Haemoglobin [D. R.-Pat. No. 81391]) 70,0.

Geschmackszusätze: **Chem. reines Glycerin 20,0. Wein 10,0 (incl. Vanillin 0,001).**

Als blutbildendes, organeisenhaltiges diätetisches Nähr- und Kräftigungsmittel für Kinder und Erwachsene bei Schwächezuständen irgend welcher Art unerreicht,

besonders in der Kinderpraxis.

Haematogen Hommel enthält ausser dem völlig reinen Haemoglobin noch sämmtliche Salze des frischen Blutes, **insbesondere auch die wichtigen Phosphorsalze** (Natrium und Kalium) sowie die nicht minder wichtigen Eiweissstoffe des Serums in concentrirter, gereinigter und **unzersetzter** Form (**also nicht verdaut!**). Die künstliche Verdauung, sei sie nun durch Säure-Pepsin oder hohe Hitzegrade erzeugt, ist von der natürlichen weitaus verschieden. Peptone, Albumosen und peptonisirte Präparate werden, wie Voit-München, Neumeister-Jena und Cahn-Strassburg nachgewiesen haben, überhaupt nicht direkt resorbiert; ihre Diarrhoe erzeugende Wirkung ist von zahlreichen Autoren festgestellt. Durch die künstliche Verdauung werden zweifellos Stoffe zersetzt, welche für die Neubildung von Zellen im Organismus von höchster Wichtigkeit sind. Schlagend wird dies durch die grossen Erfolge mit Haematogen Hommel gerade in solchen Fällen von Rhachitis, Scrophulose, Pädatrophie etc. etc. bewiesen, bei welchen vorher nutzlos peptonisirte Präparate, sowie Leberthran, Jodeisen etc. etc. angewandt wurden.

[redacted] Haematogen Hommel kann als diätetisches Nährmittel jahraus jahrein ohne Unterbrechung genommen werden. Da es ein natürliches organisches Product ist, treten **niemals** irgend welche Störungen ein, **insbesondere nicht** der bei längerem Gebrauche von **künstlichen Eisenpräparaten** unvermeidliche **Orgasmus.** [redacted]

Warnung vor Fälschung! Wir warnen vor den zahlreichen Nachahmungen unseres Präparates, insbesondere vor solchen mit Aether-Zusatz. Mit Umgehung des Patentes hergestellt, repräsentiren sie nur gewöhnliche Mischungen. In ihnen ist das Haemoglobin nicht in gereinigter, sondern in der mit den Excretionsstoffen (Hippursäure, flüchtige Fettsäuren, Gase etc. etc.) belasteten, also ungereinigten Form enthalten. [redacted] Wir bitten daher, stets **Haematogen Hommel** zu ordiniren. [redacted]

Nachstehend einige neuere ärztliche Gutachten:

„Ich verordnete Dr. Hommel's Haematogen in einem Fall von **Ulcus ventriculi** — sehr **starke** Blutungen etc., sehr anaemischer Patient — **mit sehr gutem Erfolg.** Patient hat etwa 10 Flaschen getrunken und ist jetzt wieder sehr mobil."

(Dr. med. W. Inhülsen, Grumbach, Bez. Trier, Rhpr.)

„Es freut mich, Ihnen berichten zu können, dass ich „Dr. Hommel's Haematogen" mit sehr gutem Erfolge bei **meinen beiden Kindern** (Zwillingen im Alter von ¾ Jahren) angewandt habe. **Namentlich** das eine von ihnen, das erheblich in der Entwicklung zurückgeblieben war, **blühte unter dem Gebrauche des Präparates förmlich auf** und nahm innerhalb eines Monats 2 Pfund zu. Ueber die Form des Eingebens möchte ich noch bemerken, dass ich täglich einen Theelöffel gab, und zwar dem einen, das sehr gut einnimmt, pur, dem andern mit Griesbrei verrührt."

(Dr. med. H. Goldschmidt, Breslau.)

„Ich habe Hommel's Haematogen mit bestem Erfolge angewandt und erzielte bei einem 7jährigen schwindsüchtigen Kinde binnen einer Woche eine Gewichtszunahme von ½ Kg. — Es wurden bei demselben Kinde verschiedene künstliche, neuere sowie ältere Nähr- und Eisenpräparate angewandt, jedoch erfolglos; **durch Hommel's Haematogen,** welches das Kind sehr gerne nimmt, **nahmen die Kräfte** rasch zu und der ganze wahrlich elende Zustand des armen Kindes besserte sich in der Weise, dass man für die Zukunft die besten Hoffnungen hegen kann. — Es wird mich nur freuen, wenn Sie diese Erklärung veröffentlichen, damit das schon vielfach bewährte Präparat bei den Herren Collegen noch mehr Verbreitung findet."

(Dr. med. Richard Recht, Pribram, Böhmen.)

„Haematogen Hommel hat sich mir als ein ausgezeichnetes Präparat erwiesen. Eine anämische Patientin, die lange Zeit hindurch an **Dysmenorrhoe** und **Anorexie** verbunden mit Schwindel und Kopfschmerz litt, konnte nach **4wöchentlichem** Gebrauch Ihres Mittels **als geheilt angesehen werden.**"

(Geheimrath Dr. Wiljamowsky, Corps-Arzt, Wilna.)

„Ich habe Hommel's Haematogen mit **grossem Erfolge** angewandt bei Kranken, die durch **grosse Blutverluste** entkräftet waren, ferner bei **Reconvalescenten** und **Neurasthenikern.**"

Dr. med. A. Malinowsky,
Primararzt des Warschauer Kinderhospitals.)

Versuchsquanta stellen wir den Herren Aerzten, die sich durch Eigenproben ein Urtheil bilden wollen, gerne **gratis** und **franco** zur Verfügung.

Depôts in allen Apotheken.

Verkauf in Originalflaschen (250 gr).

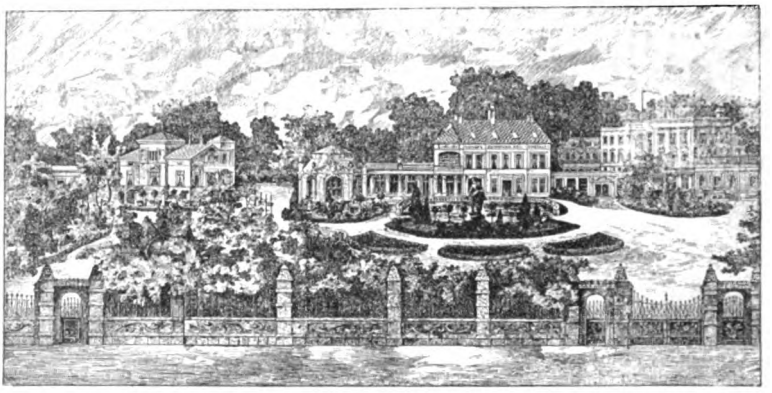
Tages-Dosen: Säuglinge 1—2 Theelöffel mit der Milch gemischt (Trinktemperatur!) grössere Kinder 1—2 Kinderlöffel (rein!!!), Erwachsene 1—2 Esslöffel täglich vor dem Essen, wegen seiner eigenthümlich stark appetitanregenden Wirkung.

Nicolay & Co., Hanau a. Main. Zürich. London. E. C. 36 & 36a, St. Andrew's Hill.

Vertretung für Nordamerika: Lehn & Fink, William Street 120, **New York.**

Engros-Versand für Russland: Apotheke Gross-Ochta St. Petersburg.

Digitized by Google



Paschen's orthopädische Heilanstalt

älteste und grösste Anstalt Norddeutschlands

Dessau, Elisabethstrasse 27, 28, 29.

Institut ersten Ranges. Gegründet 1887. Staatlich konzessioniert.

Das unter obiger Direktion stehende Sanatorium behandelt die Deformitäten des menschlichen Körpers, Gelenkentzündungen, Knochenbrüche, Kinderlähmungen, Hüftleiden, Rückenmarksleiden, Verkrümmungen nach Gicht uud Rheumatismus, sowie nach Verletzungen. — Durch die Apparate, die in ausserordentlicher Vollkommenheit und Feinheit in den eigenen, mit Motorbetrieb eingerichteten Werkstätten der Anstalt unter der persönlichen Mitarbeit des Direktors hergestellt werden, gelingt es, die Heilung jeder, auch der schwersten und eingreifendsten körperlichen Missbildung herbeizuführen, in allzu arg vernachlässigten Fällen wenigstens ganz bedeutende Besserung zu erzielen, ebenso bei Knochenbrüchen, Verletzungen und Entzündungen die Behandlung ohne langes Bettliegen im Herumgehen durchzuführen.

Fünf Minuten vom Bahnhof entfernt, liegt die Anstalt inmitten von Villen und Parkanlagen. Dieselbe ist nach den neuesten Erfahrungen sanitär und komfortabel eingerichtet, Zentralheizung in allen Räumen; es ist alles aufgeboten, den Patienten den Aufenthalt recht angenehm zu machen. Sie besteht aus vier villenartigen Gebäuden, durch Wandelbahn verbunden, grossem Garten und Gartenhäuschen und Wandelgängen und enthält 110 Betten. — In letzter Zeit ist die Anstalt durch Neubauten-Ankauf wieder bedeutend vergrössert. — Lese- und Konversationssaal. Turnsaal. Sonnenkurhaus. — Frischeluftanlagen (Ventilation durch Wasserkraft getrieben). — Erleuchtung der Säle, Korridore etc. durch Auerlicht und elektrisches Licht. — Angenehme, gleichmässige Durchwärmung sämmtlicher Räume durch Zentral-Warmwasserheizung. — Mannigfaltigste Ruhemöbel, Fahrstühle etc.; in eigener Tischlerei für jeden Patienten eventl. besonders herzustellen. — In allen Gebäuden Baderäume mit Zentral-Warmwasseranlage nebst Einrichtung für warme und kalte Douchen, Dampf- und Schwitzbäder. (Zentralbad im Bau begriffen.) — Bei regnerischem Wetter Bewegung im Freien unter überdeckter, vor Zug geschützter Glas- und Laubenhalle. — Aufenthalt für Kranke jeden Alters. — Gewissenhafte Beobachtung einer stetigen guten Fortentwicklung der Kleinen und Kleinsten in körperlicher sowie geistiger Hinsicht. Sorgsam ausgewähltes, vorzüglich geschultes Personal. Für schulpflichtige Kinder Anstaltsschule. Unterricht durch Lehrer und Lehrerinnen auch in fremden Sprachen. — Besonders zu betonende Unterstützungsfaktoren: Gymnastik an Dr. Zander-Apparaten. Schwedische Massage. Elektrische Massage. Heilkräftige Bäder. Erprobte Diät. — Radfahren. — Bei Knochenleiden Untersuchung mittels Röntgenstrahlen — Ausführliche Prospekte in deutscher, englischer, französischer, russischer und griechischer Sprache kostenlos durch die Verwaltung nach Eingang näherer Angaben über das bezügliche Leiden.

Digitized by Google

Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation

Pharmaceutische Abteilung

BERLIN S. O. 36.

Tanocol.

Unschädl. Darmadstringens, spec. bei acuten und chronischen Enteritiden.

Tanocol-Chocolade-Tabletten.

Vorzüglich für die Kinderpraxis geeignet.

Gluton.

Diätetisches Gelatine-Nährpräparat. Indicirt bei Fieber, inneren Blutungen, Diabetes etc.

Resorbin.

Salbe und Salbengrundlage. Mit allen Medikamenten zu kombinieren.

Quecksilber-Resorbin

rot und grau.
Bester Ersatz für graue Salbe.
Grad. Glastuben à 15 u. 30°, 25 u. 50°
33 1/3 % 50 %

Peruol.

Geruchloses Antiscabiosum. Schmutzt nicht. Reizlos. Ersatz für Perubalsam.

Peruol-Seife

40%

Zur Verhütung der Ansteckung bei Krätze.

Peruscabin.

Der gegen Krätze wirksame Bestandteil des Perubalsams, synthetisch dargestellt.

Chloroform Anschütz

Chem. rein aus Salicylidchloroform. Orig.-Flaschen à 25 und 50 Gramm.

Tropfer dazu

auf jede Originalflasche passend. Sehr sparsam und praktisch.

Bromocoll.

Nervinum und Anti-Epileptikum. — Geschmacklos. — Unschädlich.

Bromocoll-Salbe 20%.

Bromocoll solubile. **Bromocoll-Seife 10 %.**

Bromocoll-Lösung 10 %. **Bromocoll- Streupulver.**

Äusserlich zur Stillung des Juckreizes bei Pruritus, Prurigo, Ekzemen, Hämorrhoiden, Lichen, Urticaria, Insektenstichen etc.

Literatur gratis und franko.

Digitized by Google

BILINER SAUERBRUNN!

Hervorragendster Repräsentant der alkal. Säuerlinge.

Altbewährte Heilquelle für Nieren-, Blasen- und Magenleiden, Gicht, Bronchialkatarrh, Hämorrhoiden, Diabetes etc.

Vortreffliches diät. Getränk.

Analyse von Prof. Dr. Ginti, Landes-Chemiker:

In 10.000 Gramm Wasser:

Schwefelsaures Kali	2,4194 gr
Schwefelsaures Natron	6,6679 „
Chlornatrium	3,9842 „
Kohlensaures Natron	33,1951 „
Kohlensaures Lithion	0,1964 „
Kohlensaures Calcium	3,6312 „
Kohlensaure Magnesia	1,7478 „
Kohlensaures Eisenoxydul	0,0282 „
Kohlensaures Manganoxydul	0,0012 „
Phosphorsaure Thonerde	0,0071 „
Kieselsäure	0,6226 „
Freie und halbgebundene Kohlensäure	38,7660 „
Freie Kohlensäure allein	16,4077 „
Summa aller Bestandtheile	91,3192 gr
Summa der fixen Bestandtheile	52.5532 gr
Constante Dichte	1,00663 bei 14° C.
Temperatur der Quelle	12,30° C.

CURANSTALT SAUERBRUNN

mit allem Comfort ausgestattet.

Wannen-, Dampf-, elektr. Wasser- und Licht-Bäder, Kaltwasser-Heilanstalt, Massage,

vollständig eingerichtet.

Inhalatorium: Zerstäuben von Flüssigkeiten durch Luftdruck, (System Clar) in Zellen für je 1 Person, Salon für Lignosulfit-Inhalation. Pneumatische Kammern.

Brunnenarzt Med. Dr. Wilhelm von Reuss.

Biliner Verdauungszeltchen.

PASTILLES DE BILIN

vorzügliches Mittel bei Sodbrennen, Magenkatarrhen, Verdauungsstörungen überhaupt.

Depôts in allen Mineralwasserhandlungen, Apotheken und Droguenhandlungen.

Brunnen-Direction in Bilin (Oester. Böhmen).

Digitized by Google

Frühjahr-, Sommer-, Herbst- und Winter-Saison.

Bevorzugte klimatische und Witterungs-Verhältnisse.

Grosse Waldungen.

Traubenkur
vom
1. Sept. ab.

WIESBADEN
nahe dem Rheine.

Berühmte
Kochsalz-Thermen
68, 75° C.

Während des ganzen Jahres Bade- u. Trinkkuren aller Art, sowie alle Heilmittel der modernen Hygiene.

Gegen:

Rheumatismus, Gicht, Gelenkleiden, Lähmungen, Neuralgien, Ischias, Krankheiten der Athmungsorgane, Verdauungsstörungen, Magen- und Darmkatarrhe etc.

Berühmte Spezialärzte.

Reiches Unterhaltungs-Programm des Kurhauses, Konzerte, Réunions, Corso's, Gartenfeste, Rheinfahrten etc. etc. Reichdotirtes Königl. Theater, sowie Museen und Kunstausstellungen.

Illustrirte Prospekte unentgeltlich.

Städtische Kur-Verwaltung.

Digitized by Google

Bad Warmbrunn

im Riesengebirge.

Bahnstation der Strecke Hirschberg-Grünthal (Landesgrenze).

346,9 Meter Seehöhe.

Besteht nachweislich seit dem Jahre 1281.

Curmittel: 6 schwefelhaltige, ausgiebige Thermalquellen von 25,2—43,1° C. natürliche Wärme. 3 Gesellschafts-, 80 Wannen- und Douche-Bäder. Warme Strahl- und Brausedouchen; Thermalbäder mit Moor, Kohlensäure und Electricität combinirt. Eigene Anstalt zur sog. Kaltwassercur, Massage u. s. w. Gewöhnliche Wasserbäder. Trinkcuren mit Thermalquellwasser, fremden Brunnen, Milch, Molken, Kefir etc.

Wirkungen: Angezeigt gegen alle Formen von chron. Gelenk- und Muskel-Rheumatismus, Gicht, Mischformen beider Oedemen, Contracturen, Residuen und Folgen von Entzündungen und Verletzungen; bei Nervenkrankheiten, rheumatischen, gichtischen, traumatischen Neuralgien, Lähmungen nach Infections- u. Intoxications-Krankheiten — nach Diphtherie und Influenza — Bleivergiftung. Ferner bei Frauenkrankheiten, welche mit allgemeiner Erregung und reizbarer Schwäche einhergehen; bei Exsudatresten im Becken, Peri- und Parametritis.

Bei Hautkrankheiten: Akne, Furunculosis, Psoriasis, chron. Ekzem, Syphilis in den verschiedenen Formen.

Trinkcur mit Thermalquellen bei chron. Rachen-, Kehlkopf- und Bronchial-Catarrhen, Catarrhen des Magens und Darmes.

Contra-Indicationen: Fieberhafte Krankheiten und Entzündungen, allgemeine Plethora, Congestionen nach Gehirn u. Lungen, Lungenschwindsucht, maligne Geschwülste.

Curdauer: 4—6 Wochen und darüber.

Curzeit: 1. Mai bis 30. September.

Wohnungen: Hôtel I. u. II. Ranges; die unter Aufsicht der Badeverwaltung stehenden herrschaftl. Häuser: „Langes Haus", „Friedrichsbad", „Neues Badehaus" u. „Goldener Pfeil" (in den 3 letzten befinden sich Bäder im Hause) zu civilen Preisen. Zahlreiche Privatwohnungen mit u. ohne Verpflegung in jeder Preislage. Im St. Hedwigs-Krankenhause (150 Bett.), „Harmonie", „Daheim", „Jüdisch. Kurhaus" find. Schwerkranke besonders gute Unterkunft und beste Pflege.

Klima: Erfrischend, anregend, kühlere Temperatur wie im Flachlande, daher auch als klimatischer Curort alljährlich v. viel. Tausenden Sommer-Curgästen besucht.

Vergnügungen: herrlich. Curpark mit berühmten prächtigsten Ausblicken auf das Riesengebirge, Theater, Concerte der Badecapelle, auswärtiger Capellen und Künstler, Réunions, prachtvolle Lawn-Tennis- und Croquetplätze. Günstige Gelegenheit zu Ausflügen ins nahe Gebirge.

Brunnen-Versand der Heilwässer:

„Neue Quelle", „Kleine Quelle", sowie des Tafelwassers „Ludwigs-Quelle"

durch **Hermann Kunicke** in **Hirschberg i. Schl.**

Aerzte: *Dr. Hoffmann,* ärztliches Mitglied der Bade-Verwaltung, Sanitätsrath *Dr. Lange, Dr. Moses, Dr. Troche.*

Ausführliche Prospekte gratis durch die

Bade-Verwaltung in Warmbrunn,

sowie durch die *Allgemeine Bäder-Verkehrs-Anstalt* in **Berlin NW.**, Neustädtische Kirchstr. 15 und deren Zweigbureaus in allen grösseren Städten des In- und Auslandes.

Digitized by Google

(Böhmen) Karlsbad (Oesterreich)

Station der Buschtiehrader Eisenbahn und der k. k. öst. Staats-Eisenbahn; regelmässige Verbindung mit allen grösseren Städten des Continents, Schlaf-Waggons, Express- und Luxuszüge (Orient-Express Paris-Constantinopel, Ostende-Express, Paris-Karlsbad).

KARLSBAD, in einer romantischen Thalschlucht gelegen und umgeben von ausgedehnten prächtigen Waldungen, ist der erste Repräsentant der alkalisch-salinischen Mineralbäder, Mittlere Jahres-Temperatur 7·6° C, mittlere Saison-Temperatur 14° C. — **16 Mineralquellen,** schwankend zwischen 36·6° C bis 73·18° C; die am häufigsten gebrauchten sind der Sprudel und der Mühlbrunn.

Grosse Badeanstalten:
Das neue Kaiserbad
ist das bedeutendste am Continent.

1902.
52,497 Kurgäste
über **135,000** Passanten und Touristen.

Indicationen für den Gebrauch der Karlsbader Thermen:

Krankheiten des Magens, des Darms, Haemorrhoiden, der Milz, der Leber, der Harnorgane, der Prostata, Gicht, Fettleibigkeit, Unterleibsplethora, Gallensteine und mit grossem Erfolge gegen Zuckerharnruhr.

4 grosse Bade-Anstalten

mit allem modernen Comfort eingerichtet, unter der Kontrolle des Stadtrathes stehend; Mineral-, Moor-, Süsswasser- und Dampfbäder, Einzeln-Dampfbäder, Dampfkastenbäder, elektrische Licht- und Wasserbäder, Kaltwasser-Heilanstalt, Massage, schwedische Heilgymnastik (System Zander), Eisenbäder und Kohlensäure-Bäder, Flussbäder in der Schwimmschule im Egerflusse.

Zahlreiche Hotels I. Ranges,
über 1000 Logirhäuser und Villen,
eingerichtet nach allen Anforderungen der Neuzeit.

Beleuchtung mit electrischem und Auerlicht, getrennte Trink- und Nutzwasserleitungen. Beinahe ausschliesslich Asphalt- und Holzstöckelpflaster, neuhergestellte Canalisation.

Theater, Vokal- und Instrumental-Konzerte, Militärmusik, Tanz-Reunionen, Pferderennen, Lawn-Tennis-Spielplätze, Schiess-Stätte, Golfspielplatz.

Grosses Netz von prachtvollen Promenaden in den Karlsbad umgebenden Bergen und Wäldern (über 100 Km.) mit herrlichen Aussichtspunkten.

Auskünfte ertheilt und **Broschüren** versendet

Der Stadtrath.

Digitized by Google

Bad Hall

Jodsool-Bad in Oberösterreich.

Stärkste Jodsoole des Kontinentes,
glänzende Heilerfolge bei allen skrophulösen Erkrankungen,
sowie bei allen Erkrankungen der
Geschlechtsorgane und deren Folgen.

Vorzügliche Kur-Einrichtungen
(Bäder und Trink-Kur, Einpackungen, Inhalationen, Massage,
elektr. Licht, Zweizellenbäder.

Sehr günstige klimatische Verhältnisse.

Eisenbahn-Station.
Reiserouten über **Linz** a. d. Donau (Kremsthalbahn),
Steyr (Steyrthalbahn) und **Wels.**

Saison vom 15. Mai bis 30. September.

Ausführliche Prospecte in mehreren Sprachen durch die Curverwaltung in Bad Hall.

Vom ober-österr.
Landes-Ausschusse in Linz.

Digitized by Google

Soolbad und Inhalatorium

Salzungen

(Thüringen).

Grosser Soolereichthum von 5 und 27% Salzgehalt, stark brom- und jodhaltige Mutterlauge.

Grosses, modern ausgestattetes Inhalatorium

nach Wassmuth, Heyer etc. für Gesellschafts- und Einzelinhalationen, zur Zerstäubung von Soole und medicament. Stoffen. Pneumatische Apparate. Sauerstoff- und Lignosulfitinhalationen.

Gradirhäuser

zu Kurzwecken mit eigenartigen Einrichtungen versehen, wie in keinem andern Bade.

Badeanstalt mit allem modernen Comfort versehen.

Soolbäder, Moorbäder, Dampfbäder, Brausebäder und kohlensäurehaltige Soolbäder.

Trinkkur. — Massage. — Elektrotherapie.

Ausgezeichnete Heilerfolge bei Skrophulose, Rhachitis, Blutarmuth, Frauenkrankheiten, Rückenmarks- und Nervenleiden, Katarrhen der Athmungsorgane u. s. w.

Günstige Gesundheitsverhältnisse, Kanalisation, Hochquellwasserleitung etc. Gute und gesunde Wohnungen, zahlreiche gut geleitete Hôtels und Logirhäuser, besonders zu empfehlen das Kurhaus mit seinen Villen. Angenehmer Aufenthalt. Grosser Kurpark, herrliche Promenaden und Waldungen. Täglich 2 mal Konzerte des Kurorchesters, Tanzunterhaltungen, Theater und Zerstreuungen aller Art. Mässige Preise.

Saison 1. Mai bis 30. September.

Ausführliche Prospecte durch die

Badedirection.

Digitized by Google

Bad Lippspringe

Eisenbahn-Stat.: Paderborn. — Route: Berlin-Aachen.

Arminius-Quelle. Stickstoffreiche Kalktherme.

Erfolgreiches Heilmittel gegen

Lungenphthise im ersten Stadium

Asthma u. **Katarrhe** der Respirationsorgane.

Geöffnet das ganze Jahr hindurch.

Officielle Saison: Mai bis September.

Pensions-Hotel: Kurhaus

neu renoviert — staubfrei im Park gelegen.
Wasserleitung — elektrisches Licht — Liegehalle.

Prospekte pp. durch die

Brunnen-Administration.

Franzensbad.

Das erste Moorbad der Welt, besitzt die stärksten Eisenquellen, reine alcalische Glaubersalzwässer und Lithionsäuerlinge, die kohlensäurereichsten Stahlbäder, Mineralwasserbäder, Kohlensäure-Gasbäder, die heilkräftigsten Eisenmineralmoorbäder.

Vier grosse elegant und comfortabel ausgestattete und mit allen modernen Einrichtungen (Elektrische Bäder, permanente Irrigation, Römisch-irische Dampfbäder, Massage etc. etc.) versehene Badeanstalten. Inhalatorium, Medico.-mech. Institut.

Saison vom 1. Mai bis 30. September. — Ausführliche Prospecte gratis.

Jede Auskunft ertheilt

Das Bürgermeisteramt
als Curverwaltung.

Digitized by Google

BADEN-BADEN.

Kochsalzthermen mit hervorragendem Gehalt an Lithium und Arsenik 44—69° C.

Neue Grossherzogliche Badanstalten

Friedrichsbad und Kaiserin Augustabad

während des ganzen Jahres geöffnet.

Musteranstalten von grösster Vollkommenheit und Eleganz. Thermalbäder, Mineral- u. Medizin. Bäder jeder Art. Fango-Behandlung, Kohlensaure Bäder, Elektrische Lichtbäder, Abtheilung für Kaltwasserbehandlung. Anstalten für mechanische Heilgymnastik (Dr. Zander) in beiden Bädern. Neues Inhalatorium bester Systeme. — Tallerman'sche Behandlung. Trinkkuren in der Trinkhalle (Hauptstollenquelle), ärztlich empfohlen gegen Gicht in allen Formen, Gries- und Steinbeschwerden, Nieren- und Blasenleiden und gegen chron. Katarrhe der Atmungs- und Verdauungsorgane. Mineralwasser und Quellsalze aller bedeutenden Heilquellen. Grossh. Badearzt. Privatanstalten für Thermalbäder. Privatheilanstalten jeder Art; Terrainkuren. Molkenanstalt. Milchkur. Versandt des an Lithium reichsten Wassers der Hauptstollenquelle durch die Trinkhalleverwaltung. — Conversationshaus. Ausgezeichnetes Curorchester. Vergnügungen. Spiele und Kunstgenüsse jeder Art. Sommer- u. Wintersaison. Vorzügliches Klima. — Weltberühmte Lage. Mittlere Jahrestemperatur + 8,97° C.

MARIENBAD ‚**die Perle Böhmens**', 628 Meter über dem Meere, subalpines Klima, mit prachtvollen Promenadewegen durch Gebirgs-Hochwald in einer Ausdehnung von 60 Kilometer. Mit den **stärksten** bekannten **Glaubersalzwässern,** energischem **Eisenwasser, kräftigem Eisenwasser, dem eisenreichsten Mineralmoor. (Eigene Moorlager.)** (Jährlich 60.000 Moorbäder.) Wirksam gegen Krankheiten des Herzens, des Darmes (Blinddarmentzündung, Verstopfung), der Leber, **Stauung im Pfortadersystem** (Hämorrhoiden), Congestionen, Nieren-, Blasenleiden, Frauenkrankheiten. Allgemeine Erkrankungen: **Fettleibigkeit, Gicht, harnsaure Diathese, Rheumatismus, Zuckerkrankheit, Blutarmut** etc. Das **Centralbad** und **Neubad** neuerbaut, zweckmässigst und mit grösstem Comfort ausgestattet, mit **natürlichen Kohlensäure-, Moor-, Stahl-, Dampf-,** Gas- und Heissluftbädern, Kaltwasser-Abtheilung, Massage, elektrische Lichtbäder, Zanderanstalt.

Neu errichtetes **hygienisches** und **balneologisches Institut** für chemische, physikalisch-chemische, quellentechnische, mikroskopische und bakteriologische Quellen- und Bäderbeobachtung, **Wasser-** und **Lebensmittelkontrolle,** physiologische und pathologische Untersuchungen mit modernst ausgestatteten Laboratorien und ärztlichem Lesezimmer. Prachtvolle Colonnade, Salz-Sudwerk, elektrische Stadtbeleuchtung und Strassenbahn, Hochquellen-Wasserleitung, Theater, Tombola, Tanz-Reunionen, Jagd, Fischerei, Reit- und Radfahr-Club. Gedeckte und offene Reitbahn, Pensionsstallungen, Jugendspiel-Plätze. Lawn-Tennis. Interurb. Telephon.

Saison 1. Mai bis 30. September. Frequenz 23,000 (excl. Passanten). — Prospecte gratis vom Bürgermeisteramt.

Digitized by Google

Schömberg (Oberamt Neuenbürg) (Württemberg. Schwarzwald).

Neue Heilanstalt für Lungenkranke

etwa 10 Minuten abseits des Dorfes, **unmittelbar am Walde gelegen.**
65 Zimmer, nur für **Patienten besserer Stände.**
Centraldampfheizung, Gasbeleuchtung, **Liegehallen, Bäder** etc.
Individualis. Behandlung nach **Brehmer-Dettweiler'**schen Grundsätzen.
Sommer- und Winterkur (im Winter stärkste Besonnung).

Mässige Preise.

(Täglich 7—10 Mk. alles einbegriffen je nach Wahl des Zimmers).

Prospecte franco.

Anfragen an **Dr. Schröder, „Neue Heilanstalt".**

Tegramm-Adresse: **Dr. Schröder, Schömberg-Neuenbürg.**

3 Aerzte.

Leitender Arzt: **Dr. G. Schröder,** fr. Assistent an der **Brehmer'**schen Anstalt **Görbersdorf** und mehrjähr. II. Arzt im **Sanatorium** Hohenhonnef a. Rh., II. Arzt: **Dr. W. Nägelsbach,** fr. Hohenhonnef a. Rh.

Monte-Carlo-Monaco.

Deutsches Sanatorium.

Klinik

für Chirurgie, Gynäkologie, Geburtshülfe und Electrotherapie.

Physikalisch-diätetische Therapie.

Hydro-electrische Bäder. Electrische Eisenbäder. Electrische Lichtbäder. Kohlensäure- und Fichtennadelbäder. Electrische Massage. Ozoninhalationen. Arsonvalisation (Haute fréquence). Röntgenapparat etc. etc.

Das ganze Jahr geöffnet. ✻ Prospecte gratis.

Leitender Arzt und Besitzer:

Dr. med. Rudolf Zilles.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google